

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERIA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Efecto de la visita previa al ingreso en una unidad de cuidados
intensivos sobre la ansiedad, la depresión y la satisfacción en
pacientes y familiares**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sara González Martín

Directores

Ricardo Becerro de Bengoa Vallejo
María Teresa Angulo Carrère
Moisés Rodríguez García

Madrid



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

TESIS DOCTORAL

**Efecto de la visita previa al ingreso en una unidad de
cuidados intensivos sobre la ansiedad, la depresión y la
satisfacción en pacientes y familiares**

Dña. Sara González Martín

Directores:

Dr. D. Ricardo Becerro de Bengoa Vallejo
Dra. Dña. María Teresa Angulo Carrère
Dr. D. Moisés Rodríguez García

Madrid, 2018

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas implicadas en la realización de este doctorado.

A mi director de tesis, el profesor Ricardo Becerro de Bengoa Vallejo, por su orientación, seguimiento, supervisión, paciencia y ánimo durante estos años.

Al profesor Moisés Rodríguez García, por su ánimo desde el primer trabajo juntos en el Máster de Investigación.

A la profesora María Teresa Angulo Carrère, por enseñarme cómo perfeccionar mi trabajo y sacarle el mejor partido a este.

Al profesor Santiago Cano Alsua, por su ayuda para que la estadística no fuera un escollo imposible de sortear.

A mis compañeros del servicio de cuidados intensivos del Hospital Universitario de la Princesa, por ayudarme a preparar las visitas, y enseñarme lo importante que es el trato al paciente más allá de las máquinas que nos rodean.

A mis compañeras del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Universitario de la Princesa, por todo su apoyo en las largas tardes de entrevistas.



Y por supuesto, finalizar con el agradecimiento a mis padres, Lourdes y Julio, por su paciencia y cariño, y el apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida.

INDICE

RESUMEN	IX
---------	----

ABSTRACT	XIII
----------	------

ÍNDICE DE TABLAS	XVII
------------------	------

1. INTRODUCCIÓN	1
-----------------	---

1.1. LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	3
--	---

1.2. HISTORIA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	7
---	---

1.3. DERECHOS DE LOS PACIENTES Y ASPECTOS LEGALES	15
---	----

1.4. LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL ESTRÉS	25
---	----

1.4.1. Ansiedad en la Unidad de Cuidados Intensivos	31
---	----

1.4.2. Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD)	38
--	----

1.4.3. Depresión en la Unidad de Cuidados Intensivos	47
--	----

1.5. ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN:	
--	--

TEORÍAS ENFERMERAS	53
--------------------	----

1.5.1. Principios básicos de los cuidados de enfermería de Virginia Henderson	56
---	----

1.5.2. Teoría psicodinámica de Hildegard Peplau	58
---	----

1.5.3. Modelo de adaptación de Callista Roy	63
---	----

1.5.4. De principiante a experta de Patricia Benner	65
---	----

1.5.5. Teoría del Caring de Jean Watson	69
---	----

1.5.6. Modelo bifocal de Lynda Jua Carpenito	73
--	----



1.5.7. Taxonomía NANDA-NIC-NOC de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I)	75
1.5.8. La importancia de la calidad en el cuidado	79
1.6. EL MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO Y SU FAMILIA EN SU PASO POR LA UCI	88
2. HIPÓTESIS	91
2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	93
2.2. HIPÓTESIS	93
2.3. OBJETIVO PRINCIPAL Y ESPECÍFICOS	94
3. MATERIAL Y MÉTODOS	95
3.1. MÉTODO DE MUESTREO	99
3.2. VARIABLES	100
3.3. TEST UTILIZADOS	104
3.3.1. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	104
3.3.2. Escala de Impacto del Estresor (IES)	108
3.3.3. Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI)	111
3.3.4. Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 36)	113
3.4. PROCEDIMIENTO	115
3.5. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL	116
3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	117
4. RESULTADOS	119
5. DISCUSIÓN	143

RESUMEN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios estresantes, tanto para los pacientes como para sus familias(42), provocando sufrimiento y problemas físicos y psíquicos a largo plazo(43–45). Esto ha dado como resultado la creación de varias herramientas para que personal sin entrenamiento formal en psiquiatría pudiera realizar una evaluación de ansiedad y depresión, y las necesidades de los familiares en cuidados. Proveer una orientación básica sobre los sistemas del hospital y sus procedimientos pueden ayudar a los pacientes y familias nuevos en la UCI en estos aspectos.

Planteamos que la visita previa de los familiares y el paciente a la UCI previa al ingreso modifica los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción tanto en los pacientes como en los familiares a través de un ensayo clínico abierto aleatorio estratificado comparativo. Este estudio se llevó a cabo en el servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de la Princesa, con un total de 38 parejas de familiar y paciente (19 en cada grupo).

Se utilizaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (145,149) y la Escala Revisada de Impacto del Estresor (IES-R)(70) antes del ingreso en la UCI, a los 3 días y a los 90 días al alta de la UCI. Además se utilizaron el Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI)(132,151) y el Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 34)(151,154) para conocer la satisfacción de los usuarios tras su estancia por la UCI.



En los resultados obtenidos comprobamos que la visita previa al ingreso de pacientes y familiares a la UCI no modifica los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción en los cuidados.

No hemos encontrado diferencias significativas en los niveles de ansiedad o depresión ni en los pacientes ni en los familiares, diferenciándolos según el grupo de intervención, ni al valorarlo por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) ni al valorarlo por la Escala de Impacto del Estresor (IES-R). Tampoco hemos encontrado diferencias significativas entre el grupo control y experimental entre pacientes y familiares en el caso del Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI).

Se hallan diferencias significativas en el cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 36) entre los pacientes del grupo control frente al grupo experimental, encontrando que los pacientes del grupo control están más satisfechos en cuanto a las preguntas sobre apoyo emocional, facilidad para conseguir información, la sensación de control sobre su cuidados, la capacidad de expresar preocupaciones y preguntas a la hora de tomar decisiones, y en la puntuación total en cuanto a la satisfacción con la toma de decisiones en el cuidado del paciente crítico. También hallamos diferencias significativas entre los familiares del grupo control frente al grupo experimental, encontrando que los familiares del grupo control se sienten más satisfechos con el tiempo que se les dio para plantear sus preocupaciones antes de tomar una decisión, y con la satisfacción en la toma de decisiones en su puntuación total, mostrando puntuaciones más altas en las preguntas sobre apoyo emocional, satisfacción con el nivel de cuidados recibidos por el pacientes de UCI, la capacidad de expresar preocupaciones y preguntas a la hora de tomar decisiones, y en la puntuación total

en cuanto a la satisfacción con la toma de decisiones en el cuidado del paciente crítico.

Palabras clave: unidades de cuidados intensivos, ansiedad, depresión, satisfacción del paciente, intervención precoz (educación), familia.



ABSTRACT

Intensive care units (ICUs) are stressful services for patients and their families(42), causing long-term physical and mental suffering (43–45). This result in the creation of a number of tools to enable staff with no formal training in psychiatry to perform an assessment of anxiety and depression, and the needs of family members in care. Providing basic guide on hospital systems and procedures can help new patients and families in the ICU in these areas.

We propose that the previous visit of the relatives and the patient to the ICU prior to admission modifies the levels of anxiety, depression and satisfaction in both patients and relatives through a comparative stratified randomized open-label clinical trial. This study was performed in the Intensive Care Unit of the University Hospital of La Princesa, with a total of 38 pairs of relatives and patients (19 in each group).

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)(145,149) and the Revised Stressor Impact Scale (IES-R)(70) were used before admission to the ICU, at 3 days and 90 days after discharge from the ICU. In addition, the Family Needs Questionnaire for Intensive Care Patients (CCFNI)(132,151) and the Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 34)(151,154) were used to know the users' satisfaction after their stay in the ICU.

In the obtained results, we verified that the previous visit to the patients and relatives to the ICU does not modify the levels of anxiety, depression and satisfaction with the care.

We do not find significant differences in anxiety or depression levels either in the patients or in the relatives, differentiating them according to the intervention group, when assessing it by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) or when assessing it by the Stressor Impact Scale (IES-R). We also did not find significant differences between the control and experimental group between patients and relatives in the case of the Family Needs Questionnaire for Intensive Care Patients (CCFNI).

Significant differences were found in the Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 36) among the patients in the control group versus the experimental group, finding that the patients in the control group were more satisfied with regard to the questions about emotional support, ease of getting information, feeling of control over their care, ability to express concerns and questions when make decisions, and overall score for satisfaction with decision making in care of the critical patient. We also found significant differences between the relatives of the control group versus the experimental group, finding that the relatives of the control group feel more satisfied with the time they were given to raise their concerns before making a decision, and with satisfaction in making decisions in their total score, showing higher scores on questions about emotional support, satisfaction with the level of care received by ICU patients, the ability to express concerns and questions when make decisions, and the overall score in terms of satisfaction with decision-making in critical patient care.

Keywords: intensive care units, anxiety, depression, patient satisfaction, early intervention (education), family.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Normalidad de las variables estudiadas para la población total, grupo control y experimental_____	122
Tabla 2. Distribución de la normalidad de las variables sociodemográficas estudiadas para hombres y mujeres_____	123
Tabla 3. Características clínicas y sociodemográficas en la población en total, y según su sexo_____	126
Tabla 4. Características clínicas y sociodemográficas según grupo control y experimental entre pacientes y familiares_____	128
Tabla 5. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) entre los grupos control y experimental entre pacientes y familiares_____	133
Tabla 6. Puntuaciones de la Escala de Impacto del Estresor Revisada (IES-R) entre los grupos control y experimental entre pacientes y familiares_____	134
Tabla 7. Puntuaciones del Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) entre los grupos control y experimental entre pacientes y familiares_____	135



Tabla 8. Puntuaciones del cuestionario <i>Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit</i> (FS-ICU 36) entre los grupos control y experimental entre pacientes y familiares_____	137
--	-----

Tabla 9. Respuestas de los sujetos a las preguntas abiertas del cuestionario <i>Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit</i> (FS-ICU 36) _____	141
--	-----





1.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soportes respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, aunque puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

El Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios define la unidad de medicina intensiva como

la unidad asistencial en la que un médico especialista en Medicina intensiva es responsable de que se preste la atención sanitaria precisa, continua e inmediata, a

pacientes con alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de severidad tal que representan una amenaza actual o potencial para su vida y, al mismo tiempo, son susceptibles de recuperación. (Real Decreto 1277/2003, 2003, p 37900)

La Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada (resultado de la reforma de la anterior Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)), define la medicina intensiva como la “atención a pacientes que requieren cuidados y monitorización intensiva, en servicios dotados de los medios técnicos adecuados y personal especializado.” (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p 15) Diferencia estos servicios en:

- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): destinada a la atención de enfermos que requieren cuidados y monitorización intensiva. En caso de existir en el centro otras unidades de medicina intensiva diferenciadas, como Unidad Coronaria, de Quemados, o Intensivos Neonatales, la actividad de estas últimas se reflejará en el apartado correspondiente. No incluye Unidades de Despertar ni de Reanimación post-quirúrgica.

- Unidad Coronaria: Unidad destinada específicamente al cuidado de pacientes con procesos agudos coronarios, atendida por personal especializado, cuando esté diferenciada de la UCI.

- Intensivos Neonatales: destinada a la atención de recién nacidos patológicos que requieran cuidados y monitorización intensiva, cuando esté diferenciada esta actividad.

- Unidad de Quemados: destinada a la atención de pacientes con quemaduras graves y muy graves, dotada de personal especializado y medios materiales adecuados, cuando esté diferenciada esta actividad dentro del Centro.

En Estados Unidos se considera que más de la mitad de la población ingresará en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a lo largo de su vida, y que un porcentaje importante fallecerá en estas unidades, consumiendo el 0,66% del producto interior bruto del país (Halpern y Pastores, 2010).

Según el estudio realizado por Martín, León, Cuñat, y Del Nogal (2013), el número total de camas dedicadas en España a pacientes críticos en los centros que participaron en el registro fue de 4.738 (excluyendo las camas de neonatología, pediatría y unidades de ictus). Esto representa, ajustado al censo poblacional a fecha de 1 de abril de 2011 (que era de 46.148.605 habitantes) 10,3 camas por 100.000 habitantes, encontrándose la mayoría de esas camas en las unidades polivalentes, con 2.852 (el 84,8% de los recursos), seguidas por las UCI médicas (6,3%), de trauma/neurocríticos (2,7%) y cirugía cardíaca (2,4%).

A nivel europeo, Rhodes et al (2012) identificó un total de 2.068.892 camas hospitalarias, unas 109 camas por cada 100.000 habitantes. De ellas, 73.585 se ubicaban en servicios de medicina intensiva (SMI), unas 11.5 camas por cada 100.000 habitantes, siendo Alemania el país con un mayor número de camas dedicadas a pacientes críticos. España se encontraba con un total de 4.479 camas de cuidados críticos, unas 9.7 por cada 100.000 habitantes.

El incremento de las necesidades de camas para este tipo de pacientes se debe a varios factores entre los que destacan poblaciones más envejecidas con mayor comorbilidad y, especialmente, una disminución de la mortalidad al alta, como es el caso del estudio de Zimmerman, Kramer, y Knaus (2013), en el que en los últimos 25 años encuentran una disminución relativa de la mortalidad al alta del 35% (del 17,3 al 12,4%) en las UCIs de Estados Unidos (EEUU), pese al aumento de la gravedad de las enfermedades y un número alto de enfermedades crónicas asociadas, que por sí solas suponen un aumento en el riesgo de la mortalidad.

Se calcula que en 2005, el 16,6% de los europeos eran mayores de 65 años, siendo en 2015 un 18,9% del total. Por ello, en 2080 se estima que esta proporción sea del 28,7%, teniendo una gran repercusión en todo el sistema sanitario (Eurostat, 2016).

Este tipo de unidades deben localizarse, dentro del hospital, en una zona claramente diferenciada y con acceso controlado. La UCI requieren una conexión espacial y funcional más directa con otros servicios del hospital tales como el bloque quirúrgico, urgencias, radiodiagnóstico, gabinetes de exploraciones funcionales centrales (hemodinámica, electrofisiología,...), por lo que topológicamente su posición difiere respecto a la de las unidades de hospitalización polivalentes. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

En cuanto al paciente crítico, su definición pasa por criterios objetivos y subjetivos, que con frecuencia se prestan a confusión. Por ello, las escalas de severidad se han introducido en la práctica clínica para ofrecer parámetros objetivos en la evaluación de los pacientes críticos y facilitar la toma de decisiones, como son el Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS 3) (Hernandez y Palo, 2014; Ledoux,

Canivet, Preiser, Lefrancq, y Damas, 2008) o el Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (Apache II) (Huang, Chen, Zhong, y Yuan, 2016; Knaus, Draper, Wagner y Zimmerman, 1985).

1.2. HISTORIA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

En las guerras de los ejércitos napoleónicos la medicina se empezó a preocupar por la recuperación de los pacientes heridos durante la batalla, destacando tres personajes: Dominique Jean Larrey, Jean Henri Dunant y Florence Nightingale (La Torre y Lusignani, 2013; Roux y Reddy, 2013).

Dominique Jean Larrey (1766-1846) ingresó como médico al ejército francés con el cargo de general de Napoleón, aportando grandes contribuciones a los servicios médicos de urgencia. Se le asignó la responsabilidad del transporte de los heridos durante la batalla. Así, fue el primero en construir una ambulancia para atención inmediata y veloz, tirada por dos caballos, con llantas muy delgadas, carpa para evitar el peso, ventanas para la ventilación y dotado de equipo de primeros auxilios, lo cual le valió el nombre de “Ambulancia Voladora”, asentando así las bases para la creación del Servicio de Atención Móvil de Urgencia francesa (SAMU) (Ellis, 2016)

Otro personaje de gran importancia en la atención de los pacientes heridos en la guerra es Jean Henri Dunant (1828-1910), hombre de negocios que el 24 de junio de 1859 cerca de Solferino, observa cómo los heridos quedaban desatendidos

y morían por falta de asistencia, ya que los servicios sanitarios militares eran casi inexistentes. Al presenciar el sufrimiento de los soldados en el frente, organizó de inmediato un servicio de primeros auxilios ayudado por las mujeres de los pueblos cercanos sin hacer distinción de uniforme ni nacionalidad. Tras esto, publicó en 1862 “Recuerdo de Solferino”, un libro en el que sugería la creación de una sociedad de socorro en tiempo de paz y de cuidado de heridos en tiempo de guerra. Con la ayuda de Moynier, Dufour, Appia y Maunoir dio origen en 1863 al Comité Internacional de la Cruz Roja, que fue apoyado por el Gobierno suizo en 1864 (Clemente, 1990).

Durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale (Nightingale, 2010) señaló la ventaja de establecer una sala para la vigilancia estrecha de los pacientes que se recuperaban tras las cirugías, y agrupando a los heridos más graves en un área especial. Florence Nightingale escribía en 1863, que no era raro encontrar en hospitales pequeños una extensión o cuarto pequeño contiguo a los cuartos de quirófano, en el cual los pacientes permanecían hasta que se habían recuperado totalmente, o de los efectos inmediatos tras la operación (Nightingale, 2010).

La aparición de las terapias ventilatorias se produce en el siglo XIX para reemplazar o aumentar el trabajo realizado por los músculos respiratorios. En 1876 se creó el primer pulmón de acero, utilizándose para tratar a los pacientes de poliomielitis a principios del siglo XX. Este tipo de dispositivo tenía una gran dificultad para poder acceder al cuerpo del paciente, por lo que se organizaron unidades para cuidados respiratorios. En la gran epidemia de polio sufrida en Copenhague, se vio que la muerte de estos pacientes no era debida a la insuficiencia renal asociada con viremia como se creía, sino que era debido a la insuficiencia respiratoria, por lo que se modificaron los tratamientos hacia el uso de traqueotomías y ventilación positi-

va, disminuyendo la mortalidad de un 80 % inicial a un 40 %. Esta ventilación fue muchas veces realizada de forma manual, por lo que se agruparon estos pacientes en un mismo lugar, surgiendo así las primeras unidades de cuidados intensivos tal y como las conocemos hoy (Dries, 2016).

Se postula que la primera unidad de cuidados intensivos (UCI) data de 1940, cuando el neurocirujano Dr. W. E. Dandy abrió una unidad de cuatro camas, específica para cuidados postoperatorios neuroquirúrgicos en el hospital Johns Hopkins de Baltimore (EEUU)(Sherman, Kretzer, y Tamargo, 2006). En Europa, surgen las primeras UCI postquirúrgicas en Alemania en 1930 (Varon y Acosta, 2010).

Tras la Segunda Guerra Mundial y los conflictos coreanos y vietnamitas, surgieron numerosos estudios que reflejaban una reducción importante de la mortalidad y morbilidad en los heridos de guerra gracias a las nuevas salas del Despertar (Miller, 2015).

El primer centro multidisciplinar de cuidados intensivos fue creado en el Hospital Johns Hopkins en Baltimore en 1958, en el cual médicos y enfermeras prestaban cuidados especializados las 24 horas del día. Durante los años consecutivos, este tipo de unidades sufrieron un gran desarrollo, sobretudo en EEUU y Europa (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Además, estudios como el realizado en el Hospital General de Toronto demostraron el impacto de estas unidades en la reducción de la mortalidad (Fairley, 1961).

Estos servicios intensivos empezaron siendo atendidos por cirujanos, internistas y anestesiólogos, sin una formación específica y careciendo de una visión global del enfermo crítico, atendiendo cada uno a sus pacientes críticos, rechazando

así la creación de una disciplina única. (Palencia Herrejón, González Díaz, y Mancebo Cortés, 2011)

En 1970 un total de 28 médicos con un interés mayor en el cuidado de los pacientes críticos y con lesiones severas, se encontraron en Los Ángeles (EEUU) para discutir la creación de una organización que definiera las necesidades y conductas con estos pacientes, y crearon la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos (Society of Critical Care Medicine: SCCM). Sin embargo, no es hasta 1982 cuando se crea la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (European Society of Intensive Care Medicine: ESICM). En España, se crea la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en 1971 como asociación científica, multidisciplinaria y de carácter educativo para promover la mejora en la atención al paciente críticamente enfermo. (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), 2016). Posteriormente en 1978, se reconoce la especialidad de Medicina Intensiva en la Ley de Especialidades (Real Decreto 2015/1978, 1978).

Las crisis sanitarias posteriores (epidemias como el síndrome respiratorio agudo grave en 2003, de *Streptococcus suis* en 2005, la amenaza de la gripe aviar y el terremoto de Wenchuan en 2008) obligaron a replantearse esta situación, y evidenciaron la necesidad de disponer de intensivistas con formación y experiencia para atender de forma integral a los pacientes críticos (Palencia Herrejón et al., 2011).

En estos últimos 25 años, el cuidado crítico redujo significativamente el tiempo de hospitalización, así como los gastos efectuados por los pacientes con

enfermedades como insuficiencia cerebrovascular e insuficiencia respiratoria (Zimmerman et al., 2013).

Curtis y Vincent (2010) plantean los principales dilemas éticos a que se enfrenta la medicina intensiva, continuamente obligada a tomar decisiones rápidas y difíciles, donde la mayoría de las muertes vienen precedidas por una decisión de no iniciar o de interrumpir las medidas de soporte vital. La comunicación entre profesionales, pacientes y allegados es fundamental en esta toma de decisiones. El otro reto, quizá de mayor calado, viene dado por la limitada disponibilidad de recursos, que inevitablemente influye en las decisiones de ingreso, alta y cuidados recibidos por los pacientes y plantea cuestiones de justicia y equidad

Como ya hemos dicho, la UCI funciona generalmente (salvo exitus) como una unidad intermedia, que presta servicios al paciente que procede de y/o es dado de alta hacia el servicio clínico (unidad final) médico o quirúrgico. El correcto funcionamiento de la UCI requiere de su integración y coordinación con la práctica totalidad de unidades del hospital. Esta definición señala los dos criterios claves para la admisión de pacientes en la unidad: la necesidad de un elevado nivel de cuidados y que estos pacientes sean recuperables. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Para poder clasificar las necesidades de distintas técnicas y cuidados que precisan los pacientes en una situación crítica para su correcto tratamiento se utiliza la clasificación del Department of Health de Reino Unido (Intensive Care Society, 2009), que tiene la virtud de atenerse a las necesidades asistenciales del paciente en lugar de al recurso específico donde está ingresado, definiendo así los niveles 3 y 2 de cuidados críticos:

- Nivel III: Paciente que requiere soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con soporte a dos sistemas orgánicos, al menos. Este nivel incluye al paciente complejo que requiere soporte por fallo multiorgánico.

- Nivel II: Paciente que requiere observación más frecuente o intervención, incluido el soporte de un sistema orgánico, paciente que requiere cuidados postoperatorios, o el paciente que proviene de niveles más altos de cuidados.

- Nivel I: pacientes que requieren un mínimo de 4 horas de observación, que proviene de un nivel más alto de cuidados, o pacientes que necesitan monitorización adicional (aunque en principio no necesiten atención crítica).

Según estos niveles asistenciales, los recursos médicos serán:

- En UCI de nivel asistencial III: 1 médico intensivista (o equivalentes a tiempo completo) por cada 4-5 pacientes de 08:00 a 18:00 horas y 1 profesional por cada 12 pacientes de 18:00 a 08:00 horas (incluidos sábados y festivos).

- En UCI de nivel asistencial II: 1 profesional por cada 6-10 pacientes de 08:00 a 18:00 horas (incluidos sábados y festivos) y 1 profesional de 18:00 a 08:00 horas.

- En UCI de nivel asistencial I: 1 profesional por cada 8-12 pacientes.

En cuanto a los ratios de pacientes y enfermeras, dependiendo del nivel anteriormente descrito, serían:

- UCI de nivel asistencial III: 1 paciente por enfermera
- UCI de nivel asistencial II: 1,6 pacientes por enfermera.
- UCI en nivel asistencial I: 3 pacientes por enfermera.

Además, se distinguen 3 niveles de regionalización, para garantizar el acceso de forma equitativa de todos los usuarios subsidiarios de esta atención que se benefician de una alta especialización en su tratamiento, con independencia del lugar de residencia del paciente o de presentación de la emergencia. Para ello, resulta fundamental un sistema de movilidad/traslado urgente del paciente y el uso de tecnologías de información y comunicación. Así, la guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de medicina intensiva (Instituto Nacional de la Salud, 1997) propone una cartera de servicios de la UCI e incorpora la regionalización con los niveles de atención al paciente grave y los niveles de asistencia médica intensiva:

- Nivel I o comarcal: con capacidad de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica y avanzada, traslado interhospitalario asistido, sala de despertar, sala de es-

tabilización en Urgencias y UCI dependiendo de la distancia a otros centros (insularidad).

- Nivel II o de distrito o zona: con traslado asistido intra e intercentros, sala de despertar, “box de críticos” en urgencias y UCI básica multidisciplinar, polivalente, medicoquirúrgica.

- Nivel III o de referencia: con transporte asistido intrahospitalario e interhospitalario, sala de despertar, “box de críticos” en urgencias, UCI con las mismas prestaciones que el hospital de distrito y posibilidades de asistencia especializada y de alta tecnología y unidad de cuidados intermedios.

Según el estudio realizado por Martín et al.(2013), en España se encontraron un total de 258 UCIs con 3363 camas, predominando las UCI polivalentes (81 %). Mayoritariamente estas unidades se encuentran en hospitales de nivel III (43,5 %), seguidos de los hospitales de nivel II (35 %). De todos ellos, el 73 % de ellos eran de gestión pública y el 55,3 % no universitarios.

1.3. DERECHOS DE LOS PACIENTES Y ASPECTOS LEGALES

El derecho a la información asistencial es fundamental en un servicio de salud. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002,2002) es una de las más importantes en nuestro país, ya que gracias a ella se articula el derecho a la información asistencial, el derecho a la intimidad, el consentimiento informado (para respetar el derecho de autonomía del paciente) y las instrucciones previas, además de regular la historia clínica (Ley 41/2002, 2002).

El derecho a la información asistencial implica que todos los pacientes tienen derecho a conocer, en cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma (exceptuando los supuestos previstos en la ley), y a que se respete su voluntad de no ser informada. Normalmente esta información será verbal, verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades del paciente, explicando la finalidad y la naturaleza de la intervención, y los riesgos y consecuencias que conlleva, reflejándose esta en la historia clínica (Ley 41/2002, 2002). Esta información deberá darse en una sala adecuada para ello (López Camps et al., 2017).

El titular de este derecho es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él (siendo familiares o teniendo vínculos de hecho) en la medida en que el paciente lo permita de manera expresa o tácita, normalmente de forma diaria (López Camps et al., 2017). El paciente siempre será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, incluso en el caso de incapacidad, debiendo informar también a su representante legal. Si según el criterio del médico que le asiste, el paciente carece de capacidad para entender la información por su estado físico o psíquico, esta información se dará a las personas vinculadas a él.



Este derecho puede limitarse por la existencia de un estado de necesidad terapéutica (entendiéndose como la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave), dejando constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica, y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones de familia o de hecho (Ley 41/2002, 2002).

La información tanto a los pacientes como a los familiares no sólo será por parte del personal médico, sino que enfermería también debe informar sobre los cuidados que recibe el paciente (Sánchez-Vallejo, Fernández, Pérez-Gutiérrez, y Fernández-Fernández, 2016).

En cuanto al derecho a la intimidad, esta Ley regula que “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley” (Ley 41/2002, 2002, p 40128).

A la hora de hablar del derecho a la autonomía del paciente, una de las figuras más importantes para ello es el consentimiento informado. Así, define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (Ley 41/2002, 2002, p 40127). Para ello, se articula de la siguiente forma:

- 1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista y haya valorado las opciones propias del caso.

- 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

- 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

- 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

- 5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

A la hora de conseguir este consentimiento informado, la ley expone ciertas limitaciones, como las que se exponen a continuación(Ley 41/2002, 2002):

- 1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no

ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

- 2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

o a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

o b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Esta ley también nos habla del consentimiento por representación (muy importante en las unidades de cuidados intensivos, en donde el paciente no siempre puede ser informado), en la que señala que se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos (Ley 41/2002, 2002):

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

- b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

- Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c), no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias

a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario (Ley 41/2002, 2002).

En cuanto a las instrucciones previas (también llamado testamento vital, directrices previas o documento de voluntades anticipadas), la Ley 41/2002 la define como un documento en el que “una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”. (Ley 41/2002, 2002, p 40129). Además, puede designar a un representante para que sea el interlocutor con el médico o el equipo sanitario y procurar así el cumplimiento de las instrucciones previas.

Entre las ventajas que supone este documento, los médicos lo identifican como una ayuda para tomar decisiones y protegerles legalmente; mientras que para los pacientes garantiza su libertad de elección y el respeto a su voluntad, y para las personas del entorno del paciente se sienten liberados de responsabilidad y les ayuda a tomar las decisiones necesarias. Los médicos mencionan como desventajas las posibles reacciones de ansiedad en familiares si no están de acuerdo con el contenido del documento, así como posibles enfrentamientos entre médico y

familiares. También hay que tener en cuenta que los pacientes de mayor edad no están suficientemente informados para encontrar desventajas al documento, aunque algunos temen recibir una peor atención médica si lo han firmado. Estos temores podrían deberse a la confusión sobre la verdadera función del documento, temiendo incluso que los médicos puedan poner menos empeño en salvar sus vidas en cualquier situación, ya que desconocen que este documento especifica las pautas a seguir únicamente en situaciones irreversibles, y que exime al médico de sus responsabilidades a la hora de buscar en cada momento lo mejor para el paciente (Navarro Bravo et al., 2011).

Para que este derecho sea real, en el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero se regula el Registro nacional de instrucciones previas (RNIP) y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, la creación del Registro, su adscripción al Ministerio de Sanidad y Consumo (hoy Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), su objeto y finalidad, el procedimiento registral y de acceso, y el mandato de creación del correspondiente fichero automatizado (Real Decreto 124/2007, 2007). Este fichero fue regulado mediante la Orden SCO/2823/2007, de 14 de septiembre, por la que se amplía la orden de 21 de julio de 1994, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal gestionados por el ministerio de sanidad y consumo y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado registro nacional de instrucciones previas (Orden SCO/2823/2007, 2007).

En el caso de la Comunidad de Madrid, se encuentra regulado en la siguiente legislación:

- El Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid (Decreto 101/2006, 2006)

- La Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, estableciendo los modelos oficiales de documentos (Orden 645/2007, 2007).

- La Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración. (Orden 2191/2006, 2006).

La toma de decisiones por parte del personal de la UCI muchas veces es difícil, ya que el paciente muchas veces no puede participar en ella, y no siempre existen familiares o allegados que la tomen en su lugar. Para ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre la práctica de forma ética, Beauchamp y Childress (2001) señalaron en 1978 cuatro principios éticos, que son:

- Beneficencia: el deber de los médicos de ayudar a los pacientes siempre que sea posible

- No maleficencia: obligación de evitar el daño

- Respeto a la autonomía: el derecho de los pacientes a la libre determinación. Permite que los pacientes definan y prioricen sus intereses.

- Justicia: asignación equitativa de los recursos médicos. Sitúa a los pacientes dentro de la sociedad y señala la importancia de tratar a pacientes similares de manera similar.

Los principios de beneficencia y no maleficencia ya están contenidos en el corpus Hipocrático como ya señala Jonsen (1998), siendo los más antiguos. Pese a todo, estos cuatro principios no son suficientes para guiar la práctica, sino que ayudan a los médicos a identificar los objetivos éticos que están en conflicto (Luce y White, 2009). En EEUU, el primer código ético de la American Medical Association (AMA) fue publicado en 1847, y se basaba sólo en los principios de beneficencia y no maleficencia (Riddick, 2003). Posteriormente, el Código de Núremberg en 1947 (Ghooi, 2011) y la Declaración de Helsinki en 1964 (The World Medical Association (WMA), 1964) incluyó el principio de autonomía en la investigación biomédica.

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) dispone de un código ético para ayudar a los médicos intensivistas en su toma de decisiones en su rutina diaria de forma razonable y con una base moral o ética teniendo en cuenta tanto al médico como al enfermo, fomentando la relación clínica entre ambos, integrándose dentro de los centros donde prestan sus servicios (SEMICYUC, 2016).

Se basa en la premisa de que todo paciente es vulnerable, por lo que desde los Servicios de Medicina Intensiva y Críticos (SMIC) se velará por los derechos de estos, que son:

- Respetto a los derechos de los enfermos:

- o Seguridad general: el Centro Sanitario y el SMIC debe responsabilizarse de la integridad y seguridad de las personas que tiene albergadas frente a cualquier riesgo de carácter personal.

- o Derecho a la información: debe ser verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades de cada paciente, de forma que le permita participar en la toma de decisiones referentes a todo el proceso diagnóstico y terapéutico. El titular del derecho es el propio paciente y el médico responsable garantizará el cumplimiento de este derecho. Cuando la capacidad del paciente esté comprometida, o se cuestione para la información y toma de decisiones, se contará con la familia y sus representantes o allegados.

- o Intimidad: La institución y su personal deben ser especialmente cuidadosos con el respeto a la intimidad de sus pacientes.

- o Confidencialidad: La gran cantidad de datos personales imprescindibles para una buena asistencia sanitaria, la informatización y en general los medios técnicos disponibles actualmente, hacen especialmente accesibles los datos privados del enfermo. Tanto el personal como las instituciones donde desarrollan su labor deben comprometerse a la custodia y buen uso de los datos personales de los pacientes y/o relativos a la salud de los mismos.

- Respecto a la autonomía del paciente (siguiendo la ley 41/2002)(Ley 41/2002, 2002): con el derecho al consentimiento informado, las instrucciones previas, el derecho a morir con dignidad, la participación de la familia, el derecho a mantener sus relaciones sociales, el derecho a libre elección, la custodia de la historia clínica, derecho a recibir asistencia religiosa y a la no discriminación.

- Respecto a la calidad de la asistencia sanitaria: la promoción de la bioética entre los profesionales, un nivel adecuado de instalaciones y equipamiento, una organización adecuada para resolver problemas y realizar un adecuado trabajo, la capacitación y competencia del personal, una adecuada gestión de recursos, unos estándares profesionales, etc.

- Otros aspectos legales: como a la asistencia, la docencia y la investigación en estos servicios, los dilemas a la hora de elegir ciertos tratamientos, el rechazar otra fuente de ingresos que no sea por su trabajo, mantener una relación transparente con sus proveedores, la adecuada detección del posible donante y todo el proceso de donación de órganos y tejidos, etc.

1.4. LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL ESTRÉS

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios estresantes, tanto para los pacientes como para sus familias (Barr et al., 2013). Esto es debido a múltiples factores, como la realización de procedimientos invasivos, la separación de la familia, la falta de privacidad, la inmovilidad, el dolor, la necesidad de ventilación

mecánica, los ruidos constantes, la falta de orientación, las interrupciones del sueño y la falta de familiaridad con el personal (Alasad, Abu Tabar, y Ahmad, 2015; Davydow, Gifford, Desai, Needham, y Bienvenu, 2008; Wade, Hardy, Howell, 2013).

El término estrés es anterior a su uso sistemático o científico. Fue utilizado ya en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Goldstein, 2011).

El concepto de estrés en la medicina del siglo XIX fue concebido como antecedente de la pérdida de salud. Walter Cannon (1932) acuñó el término homeostasis para describir el mantenimiento dentro de rangos aceptables de variables fisiológicas (como la glucosa en sangre o la temperatura central). Posteriormente, demostró como los estímulos ambientales o internos nocivos activan la glándula suprarrenal para liberar epinefrina o adrenalina, activando así el sistema nervioso simpático, considerando una de esas perturbaciones el estrés, dando a entender que podía cuantificarse.

Hans Selye popularizó el estrés como una idea científica médica, definiéndolo como una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda sobre él (Selye, 1987). Propuso tres etapas para hacer frente a un factor estresante, a lo que denominó el “Síndrome General de adaptación”, con una etapa inicial de lucha o huida, una segunda etapa de adaptación y resistencia al estrés, y finalmente una etapa de agotamiento y muerte organicista. Selye reconoce que las respuestas a los factores de estrés tienen un componente concreto que tiende a contrarrestar los efectos del estrés, pero, después de la eliminación de las respuestas específicas, se mantendría un síndrome de estrés no específico.

Posteriormente, Chrousos y Gold (1992) proponen que por encima de un umbral de intensidad, cualquier factor de estrés provoca el síndrome de estrés.

Desde una perspectiva más contemporánea, en 1986 la definición de estrés que defienden Lazarus y Folkman (1986) hace referencia a la relación entre el individuo y el entorno, en la cual se tienen en cuenta las características del sujeto por un lado y la naturaleza del medio por otro; y definen el estrés psicológico como una relación entre la persona y el medio, en el que se evalúa como una amenaza, o sobrepasa sus recursos, poniendo así en peligro su bienestar. El estrés incluye así a la persona y a la situación, y entre ambos se establece una relación que es el resultado de la apreciación de la persona de sus relaciones adaptativas al contexto.

En la quinta y última versión del Manual of Mental Disorders (DSM-5), se identifican como criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo (American Psychiatric Association (APA), 2014):

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

o 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

o 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

o 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo (en los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental).

o 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil) (esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo).

- B. Presencia de nueve (o más) síntomas que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático pertenecientes a alguna de la cinco categorías que se detallan a continuación:

o Síntomas de intrusión:

☐ 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s) (en los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s)).

☐ 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) (en los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible).

☐ 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente) (en los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego).

☐ 4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

o Estado de ánimo negativo

☐ 5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

o Síntomas disociativos:

☐ 6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).

☐ 7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

o Síntomas de evitación

☐ 8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

☐ 9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensa-

mientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

o Síntomas de alerta

☐ 10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

☐ 11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

☐ 12. Hipervigilancia.

☐ 13. Problemas con la concentración.

☐ 14. Respuesta de sobresalto exagerada.

- C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma (los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno).

- D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

1.4.1. Ansiedad en la Unidad de Cuidados Intensivos

Los escritos filosóficos como los tratados de Cicerón y Séneca, prefiguran muchos puntos de vista relativos a las características clínicas y el tratamiento de la ansiedad cognitiva. Cicerón escribió que la aflicción (molestia), preocupación (sollicitudo), y la ansiedad (angor) son llamados trastornos (aegritudo), debido a la analogía entre una mente perturbada y un cuerpo enfermo. Hace una distinción entre anxietas que designa la ansiedad rasgo o el hecho de ser propensos a la ansiedad, y angor que se refiere a estado de ansiedad o la ansiedad actual. Séneca por su parte define el estado ideal de “tranquilidad” (tranquillitas) como una situación en la que uno es sin perturbaciones (no concuti), y que es equivalente a lo que los griegos llamaban euthymia (εὐθυμία). Según Séneca, el miedo a la muerte es la principal cognición que nos impide disfrutar de una vida sin preocupaciones (Crocq, 2015).

En el siglo XVII fue cuando la preocupación se hizo una categoría descriptiva para los sentimientos de temor que se acompañaban con malestar, vinculándose así con procesos físicos. Esta preocupación estaba relacionada tanto fisiológica como psicológicamente con los desequilibrios corporales (Bound, 2004)

En 1621, Robert Burton publicó su tratado *La anatomía de la melancolía*, en el que su significado de la melancolía no se limitaba sólo a la depresión, sino que comprendía la ansiedad. En general, el diagnóstico de la melancolía se podría aplicar a una variedad de cuadros clínicos con afectación negativa o internalización de los síntomas. Un criterio clave de la melancolía era el hecho de que el paciente permaneciera tranquilo. Para Burton, el miedo y la tristeza estaban íntimamente vinculados (Crocq, 2015).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la ansiedad era un componente clave de varias nuevas categorías de diagnóstico, de la neurastenia a la neurosis. George Miller Barba describe primero neurastenia en 1869, siendo sus síntomas múltiples, yendo desde malestar general, dolores neurálgicos, la histeria, la hipocondría, a los síntomas de ansiedad y depresión crónica. Freud separó la neurosis de ansiedad de la neurastenia, acuñando muchos de los términos que se utilizan hoy en día para diversos trastornos de ansiedad (Freud, 1972).

Según el DSM en su quinta versión la ansiedad es una anticipación o miedo de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (APA, 2014).

También encontramos un diagnóstico enfermero en la taxonomía NANDA, que como enuncia en su versión de 2015-2017 define la ansiedad como la

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza (Herdman y Kamitsuru, 2015, p 331).

Hay que entender que la ansiedad es una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones, constituyendo una respuesta habitual a una situación cotidiana estresante, siendo cierto grado de ansiedad deseable en algunas ocasiones. El problema aparece cuando se sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad de adaptación de la persona. Así, se producirían síntomas como pueden ser (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención y Primaria, 2008):

- Físicos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad, temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias, palpitaciones, taquicardias, dolor precordial, disnea, náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo, micción frecuente y problemas en la esfera sexual.

- Psicológicos y conductuales: preocupación, aprensión, sensación de agobio, miedo a perder el control, a volverse loco, sensación de muerte inminente, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, irritabilidad, inquietud, desasosiego, conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición o bloqueo psicomotor, y obsesiones o compulsiones.

Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo (APA, 2014)

La etiología de los trastornos de ansiedad no es totalmente conocida, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psicosociales. Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en la amígdala, problemas de conectividad a la corteza prefrontal media, la corteza cingulada anterior, la ínsula y el cerebelo, y problemas del neurotransmisor gaba y del neurotransmisor serotonin. También, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia con el uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos. Como factores psicosociales de riesgo para padecer trastornos de ansiedad se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida (como pueden ser operaciones quirúrgicas y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos). Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. Se cree que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad (Blackford y Pine, 2012; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención y Primaria, 2008).

Existen múltiples trastornos que pertenecen a este grupo, englobando en la 5ª versión del DSM los siguientes (APA, 2014):

- Trastorno de ansiedad por separación

- Mutismo selectivo

- Fobia específica: que puede ser a un animal, entorno natural, a la sangre, a las inyecciones y transfusiones, a otra atención médica, a una lesión, situacional u otras.

- Trastorno de ansiedad social (fobia social)

- Trastorno de pánico

- Agorafobia

- Trastorno de ansiedad generalizada

- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos

- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

- Otro trastorno de ansiedad especificado

- Trastorno de ansiedad no especificado

De todos ellos, destacamos el trastorno de ansiedad generalizada, ya que se puede dar en nuestros pacientes (siempre que no exista un Síndrome de Estrés Pos-

traumático (PTSD) que explique el cuadro). Los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ansiedad generalizada son (APA, 2014):

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses) (en los niños solamente se requiere un ítem):

- o 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

- o 2. Fácilmente fatigado.

- o 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

- o 4. Irritabilidad.

- o 5. Tensión muscular.

o 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Estudios como el de Nikayin et al (2016), nos muestran como un tercio de los supervivientes de UCI experimentan síntomas de ansiedad que son persistentes durante el primer año de recuperación, relacionándose como factores de riesgo los

síntomas psiquiátricos durante la admisión y los recuerdos de experiencias alucinatorias en UCI.

1.4.2. Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD)

El Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD) se define más por su etiología que por su sintomatología. Su inicio depende de una exposición única o repetida a un acontecimiento traumático (Pai, Suris, y North, 2017).

Aparece por primera vez este término en 1889 a través del neurólogo Hermann Oppenheim con el nombre de Neurosis de Guerra. Oppenheim no atribuía los síntomas de las lesiones menores de la cabeza a la neurastenia o a la histeria, sino que las designó en una nueva tercera categoría de “neurosis traumática” (dentro de la que se encuentra la neurosis de guerra). Favorecía un concepto similar al de Charcot, que defendía que estas enfermedades se provocaban por un patógeno que producía una perturbación que aún no comprendían, pero que orgánicamente estaba fundada, siendo esta “dinámica o funcional” para Charcot, o “molecular” para Oppenheim. Sin embargo, Oppenheim consideró el trauma psíquico como factor primario, como ya señalaba en el título de su conferencia “el significado del susto por las enfermedades del sistema nervioso” en 1886 (Holdorff y Denning, 2011).

Posteriormente, en 1991, Oppenheim define la diferencia entre psicogénico e histérico. La histeria sería algo más que una reacción con un componente psíquico, y sería dirigido por la voluntad, llevando la combinación de sucesos traumáticos,

y la voluntad de enfermar a una neurosis a largo plazo. Así, este cuadro clínico definido por Oppenheim era predominantemente neurológico, manifestándose por: calambres musculares, diferentes formas de temblor (paresias pseudoespásticas con temblor, parálisis refleja o epilepsia refleja), englobando el síndrome en una categoría orgánica en lugar de una categoría psiquiátrica como el PTSD (Loughran, 2017).

Al inicio de la 1ª Guerra Mundial, la opinión dominante en la profesión médica era que los pacientes histéricos eran responsables de su sufrimiento, esencialmente buscando el beneficio de la enfermedad, siendo el propósito de los médicos prohibir los peligros del contagio psíquico, describiéndolos como cobardes o enemigos públicos (Holdorff y Denning, 2011). Charles S. Myers sin embargo, advirtió que los hombres que luchaban en el frente occidental desde 1917 sufrían una serie de desconcertantes trastornos de ansiedad: tics, pesadillas, confusión, fatiga, pensamientos obsesivos, inexplicables dolores, y trastornos funcionales como el mutismo, la parálisis, la ceguera histérica y la sordera histérica. Myers (1915) en 1915 utilizó el término de “Shell shock” de forma oficial para denominar aquellos pacientes que estaban literalmente en los enfrentamientos y las tensiones sufridas durante una guerra altamente mecanizada. Este término tenía un sentido más emocional que científico, como el propio Myers reconoció posteriormente (Myers, 1940). La mayoría de los médicos creían que la neurosis de guerra era de alguna forma predeterminada, ya sea por herencia o por el medio ambiente, por lo que los tratamientos fueron variados, aunque se basaban mayoritariamente en el principio de sugerencia, es decir, que se persuadía a los pacientes de su habilidad propia para la recuperación. Myers mantenía que el tratamiento cerca del frente era necesario, ya que estar más cerca de la frontera de Inglaterra hacía disminuir la recuperación

de los pacientes, ya que de alguna forma (consciente o inconscientemente) sufrían alguna influencia por la expectativa de ser devueltos a casa (Myers, 1940).

MacCurdy (Loughran, 2017) posteriormente dividió las neurosis de guerra en dos grandes categorías: los estados de ansiedad y la histeria de conversión. Hizo hincapié en la importancia del ambiente para la convalecencia. Para el tratamiento de los estados de ansiedad enfatizó en la necesidad de un tratamiento en dos etapas:

- La primera etapa era importante el reposo en cama, el sueño y el aislamiento sin utilizar sedantes (aunque aceptó que eran necesarios en algunos casos), sustituyéndolos por baños de agua caliente, hipnotismo ligero e incluso placebos.

- La segunda etapa se caracterizada por la distracción para así combatir las dificultades subjetivas como eran el terror a la guerra y la obsesión del paciente con sus temores. Consideraba que los talleres eran muy importantes para los soldados y los suboficiales, mientras que los cursos de estudio eran más útiles para los oficiales.

Después de la segunda guerra mundial, la profesión militar británica mantuvo un interés limitado en la salud militar. No hubo grandes avances en la Guerra de Corea (1950-53), aunque se señaló la depresión constante entre las tropas estacionadas en el extranjero y las que servían en Irlanda del Norte (1968-98). Sin embargo, en EEUU, las preocupaciones sobre las patologías psicológicas aumentaron durante la Guerra de Vietnam (1961-75). El veterano traumatizado, aislado, bruto y descuidado se convirtió en un símbolo de una guerra impopular entre los

estadounidenses (igual que había pasado con el Shell shock en Inglaterra). Así, se reconoció en 1980 por la American Psychiatric Association el síndrome de estrés postraumático (PTSD)(Reid, 2014).

El PTSD fue definido por primera vez en el American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM) en su tercera versión en 1980, incluyendo el síndrome de estrés pospuesto, explicando así los síntomas crónicos que sufrían los veteranos. Además, se eliminaba la idea que relacionaba este síndrome con una predisposición de la persona, una baja moral o una constitución débil, culpabilizando así al evento traumático o aterrador que suponía la guerra. Inicialmente se consideró como “síndrome post-Vietnam”, aunque el uso de PTSD se hizo común a finales de los años 90 (Winfield y Lafferty, 1997).

Este síndrome aparece tras la exposición a un evento estresante o traumático en la que hay una amenaza a la integridad física propia o de un familiar cercano, y ello conlleva la aparición de distintos síntomas, como volver a experimentar el suceso, la evitación de situaciones que recuerden el acontecimiento y síntomas de aumento de la excitación (APA, 2014).

Se han desarrollado varias herramientas para que personal sin entrenamiento formal en psiquiatría pudiera realizar una evaluación de ansiedad y depresión en pacientes en general (Schandl et al., 2011) (como en el caso de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)(Herrero et al., 2003; Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979) o para evaluar el malestar subjetivo que acompaña y sigue a las experiencias estresantes y/o traumáticas (como es el caso de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (IES-R)(Báguena et al., 2001; Sterling, 2008).

En 2013, La American Psychiatric Association revisó los criterios de PTSD en la quinta versión de su manual DSM. Se añadió un subtipo de trastorno de estrés postraumático para niños de 6 años o menos (North, Surís, Smith, y King, 2016), se definió la exposición al trauma de forma objetiva, y se han separado las respuestas subjetivas de la definición del trauma, confinándolas en los criterios de síntomas, pudiendo así clasificar a los pacientes con este trastorno con más cuidado (Pai et al., 2017).

Los criterios diagnósticos actuales para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años incluyen (APA, 2014):

- Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

o 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

o 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

o 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

o 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil) (este criterio no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo).

- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

o 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s) (en los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s)).

o 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s) (en los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible).

o 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente (en los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego).

o 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

o 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

o 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

o 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

o 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

o 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

o 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

o 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

o 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

o 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

- 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

o 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

o 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

o 3. Hipervigilancia.

o 4. Respuesta de sobresalto exagerada.

o 5. Problemas de concentración.

o 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

o Además, hay que especificar si se producen con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

□1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

□2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja). En este apartado debemos de especificar si se produce con expresión retardada (si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos))

1.4.3. Depresión en la Unidad de Cuidados Intensivos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011).

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010; OMS, 2011)

El diagnóstico de un trastorno depresivo suele sospecharse a través de datos observacionales poco específicos, como puede ser el deterioro en la apariencia y el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, expresión triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. Muchas veces es difícil su diagnóstico de forma autónoma, ya que suele aparecer asociado a ansiedad, abuso de alcohol, o con enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. Además, es más común entre personas con enfermedades físicas crónicas, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión, y ésta afectar negativamente a la patología física. Entre los factores de riesgo de la depresión encontramos (Grupo

de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto., 2014):

- Factores personales: la incidencia es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta (Bellón et al., 2008). Las enfermedades crónicas mentales, el consumo de alcohol y tabaco, los rasgos neuróticos de la personalidad, trastornos de ansiedad, migrañas, y enfermedades cardíacas y endocrinas.

- Factores sociales: bajo nivel de recursos económicos y circunstancias laborales (desempleo y baja laboral), estado civil (soltero, divorciado o viudo), estrés crónico y exposición a adversidades a lo largo de la vida.

- Factores cognitivos: los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, estilo rumiativo de respuesta y sesgos atencionales.

- Factores familiares y genéticos: los descendientes de pacientes con depresión son un grupo de riesgo para enfermedades somáticas y para trastornos mentales, y polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina.

Entre los trastornos depresivos según el DSM-5 encontramos (APA, 2014):

- Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo

- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Trastorno depresivo no especificado

De ellos, nos gustaría señalar el trastorno de depresión mayor, que pueden llegar a desarrollar nuestros usuarios con el tiempo. Los criterios diagnósticos de este trastorno según el DSM-5 son (APA, 2014):

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; siendo al menos uno de los síntomas perteneciente al grupo de estado de ánimo deprimido o de pérdida de interés o de placer. Los grupos son:

o 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso) (en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

o 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

o 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días (en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

o 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

o 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

o 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

o 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

o 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

o 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica).

Debemos tener en cuenta que los criterios del A al C, constituyen un episodio de depresión mayor por sí solos. Además, las respuestas a una pérdida significativa

(p. ej. duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, pensamientos continuos acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida (APA, 2014).

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico de este grupo, enumeraremos si se trata de un episodio único o recurrente, especificadores de gravedad / psicótico / remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio al que nos referimos (APA, 2014).

1.5. ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: TEORÍAS ENFERMERAS

La enfermería se ha ido desarrollando como ciencia y profesión a lo largo del tiempo. Sin embargo, no es hasta la mitad del siglo XIX cuando se comienzan a asentar las bases de la enfermería científica gracias a las aportaciones de Florence Nightingale, que define los conceptos de salud y enfermedad en relación a la Enfermería, el objetivo de los cuidados, la forma de actuar y el concepto mismo de Enfermería, modificando así la forma de atender las necesidades de la sociedad (Molina, 2011).

Las enfermedades mentales han sido descritas desde tiempos remotos en textos griegos y egipcios, como en el caso de la Odisea de Homero, en la que se describe reacciones de los soldados griegos de intenso terror, agitación o parálisis con desorientación y otras alteraciones durante la batalla. En aquella época se atribuía el origen de las enfermedades a espíritus demoniacos o a otras causas de carácter mágico-religioso. Durante la Edad Media, estas explicaciones conllevaron el confinamiento y, en algunos casos, la hoguera, considerándose este periodo como la “era de la alienación”, caracterizada por la exclusión social ritualizada. Como contraposición, surgió en el siglo XVII una tendencia a proteger y amparar a los pacientes mentales, confinándolos en asilos u hospitales. Entre los siglos XVIII y XIX nos encontramos en la etapa denominada del tratamiento moral, en la que está presente la tortura y la privación de libertad. Philippe Pinel (1793) en Francia, y a Willian Tuke (1794) en Inglaterra inician la lucha para la liberación de los pacientes mentales. A fines del siglo XIX y comienzos del XX se inicia una nueva tendencia caracterizada por la creación y desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiá-



tricos, surgiendo así la enfermería psiquiátrica, apareciendo en 1880 la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica en América (Galvis López, 2015).

Linda Richards, considerada como la primera enfermera profesional de América, estimuló la enseñanza del cuidado al enfermo mental dentro de los hospitales, creando escuelas de capacitación como la del Hospital para enfermos mentales de Taunton, Worcester y Michigan. Pensaba que el enfermo mental debería ser atendido por lo menos con tanto cuidado como el que sufre una enfermedad física, consiguiéndolo sólo a través de mejorar la preparación de las enfermeras (Ciesielka, 2005).

En publicaciones en 1921 por parte de Mary Davis (fundadora del American Journal of Nursing) y May Kennedy (directora de la Escuela de Enfermería Psiquiátrica del Estado de Illinois), expresaron la necesidad de que todas las enfermeras recibieran preparación en enfermería psiquiátrica, con el fin de mejorar el nivel de comprensión y de intervención integral con diferentes tipos de pacientes en hospitales generales (Galvis López, 2015).

En el primer cuarto de siglo XX aparecen las teorías de relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, causando así la aparición de necesidades de tratamiento conforme al ambiente donde se desarrolla la enfermedad, generando así nuevas funciones para la enfermería, ya que precisa intervenir a nivel comunitario, familiar y de grupo (Molina, 2011).

Tras la Conferencia de Alma Ata en 1978 (OMS, 1978), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado físico, mental y social de bienestar completo, y no sólo una falta de padecimiento de enfermedades. Así,

se resalta el papel fundamental de la enfermería gracias a su compleja estructura de cuidar, basada en su naturaleza humana, social, el diálogo y la interacción recíproca entre la enfermera y la persona. En esta interacción con la persona, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro, y un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado (Galvis López, 2015).

Así, Virginia Henderson, establece la profesión enfermera como un encuentro entre el profesional, el paciente y su familia, durante el que a través de la observación, la ayuda, la atención y la enseñanza, ayuda a mantener un estado de salud adecuado, y a ofrecer cuidados durante el padecimiento de una enfermedad, hasta que el propio paciente pueda responsabilizarse de sus necesidades de cuidado básicas (Henderson, 1964).

Esta relación recíproca es facilitada por el desarrollo de actividades que generen confianza, libertad para expresarse e identificación con el otro a partir de experiencias compartidas, y reflejan una escucha activa en que tanto el profesional de enfermería como la persona con algún tipo de patología psicológica tienen capacidad para desarrollar el cuidado. (Galvis López, 2015).

El hecho de que el personal de Enfermería conviva prácticamente las veinticuatro horas del día con el paciente ingresado en una Unidad Psiquiátrica de Hospitalización, dota a éste de un papel muy importante en la práctica asistencial diaria (Molina, 2011). En nuestro caso, la enfermera de cuidados intensivos debe de realizar su trabajo para prevenir, detectar precozmente, y tratar al paciente en todas sus esferas, aprovechando la posición privilegiada que tiene con su trato cercano y continuo en las UCIs.

Basado en lo anterior se retoman las teorías y modelos de Enfermería en los cuales el cuidado se puede presentar como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecer esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado, para que estos lleguen a ser pilares conceptuales de la práctica de la enfermería (Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette, y Major, 2007).

Vamos a ver las distintas teorías que más nos interesan a la hora de tratar a nuestro paciente para controlar la ansiedad y el estrés, y cómo incluir a la familia en esos cuidados.

1.5.1. Principios básicos de los cuidados de enfermería de Virginia Henderson

Según Virginia Henderson, la salud es un estado o situación que presenta un ser humano en un momento dado. Este es variable y puede modificarse por múltiples factores ya sean físicos, biológicos, psíquicos, sociales y/o espirituales. Estos factores se pueden controlar cuando se cubre los distintos requerimientos para cada una de las 14 necesidades básicas enunciadas en su teoría (similares a las de Maslow), de tal forma que pueda ser independiente o saludable utilizando para ello un plan de cuidado enfermero (Henderson, 1964)

Las 14 necesidades básicas que enuncia en su teoría son:

1. Respirar Normalmente
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso. Vestirse y desvestirse.
6. Usar prendas de vestir adecuadas. Termorregulación.
7. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantener la higiene personal.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.



13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Define la enfermería como ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades encaminadas a mejorar su salud o a recuperarla, aumentando su independencia o para tener una muerte tranquila. Henderson pensaba que las enfermeras deben posicionarse en el lugar del paciente para conocer el tipo de ayuda que necesita y así, poderla prestar de forma adecuada (Henderson, 1964).

Considera a la familia y a la persona como una unidad, influidas por el cuerpo y por la mente. También relaciona el entorno con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad debe contribuir a la educación enfermera, y así espera que la enfermería trate a los individuos incapaces de ser independientes. Esta salud puede verse afectada por factores físicos (aire, temperatura...) y personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia)(Galvis López, 2015).

1.5.2. Teoría psicodinámica de Hildegard Peplau

Hildegard Peplau formalizó el rol de la práctica enfermera avanzada con la creación del rol clínico especialista en enfermería psiquiátrica, aunque sus ideas también tienen efecto en la educación de las enfermeras generalistas.

Las ideas que Peplau tenía relacionadas con la expansión del papel de la enfermería estuvieron inspiradas en la Ley Nacional de Salud Mental de 1946 en

EEUU, centrándose esta ley en la salud mental de los soldados durante la Segunda Guerra Mundial y las nuevas posibilidades de tratamiento, haciendo que la salud mental pública fuera una de las prioridades del sistema americano. Esta ley ayudó a aumentar el dinero destinado a formar enfermeras de forma colegiada para cumplir las demandas de atención médica de la sociedad (D'Antonio, Beeber, Sills, y Nae-gle, 2014).

La enfermería psicodinámica para Peplau es tener un autoconocimiento de la conducta, para poder así ayudar a los demás a poder identificar cuáles son sus problemas, y solucionarlos aplicando los principios sobre las relaciones humanas (Peplau, 2000).

Así, Peplau señala que hay que atender las necesidades de los pacientes para conseguir que las personalidades de cada uno puedan desarrollarse, siendo la enfermería una “fuerza social” que ayuda a las personas a identificar sus necesidades y preferencias, y así poder ser libres y capaces de trabajar con otros, mejorando su satisfacción y ayudando al progreso de la sociedad (Callaway, 2002).

También Peplau llama la atención sobre la falta de atención que se produce tanto por parte de los profesionales de enfermería como de los propios pacientes a la hora de tratar situaciones o eventos incómodos (Peplau, 2000).

En muchos aspectos, la comprensión de los procesos interpersonales de la ansiedad es la base de la contribución de Peplau a la práctica enfermera. Esta autora conecta la ansiedad con la culpabilidad y la duda, tanto dentro como fuera de los niveles de conciencia, y con los mecanismos de afrontamiento como las fobias, las obsesiones y las compulsiones (D'Antonio et al., 2014).

En su teoría, define 4 fases en la relación enfermera-paciente:

- Orientación: el individuo tiene una necesidad sin satisfacer y precisa apoyo profesional. El enfermero/a ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.
- Identificación: el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarle (se inicia la relación enfermera-paciente)
- Explotación: el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación.
- Resolución: durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a.

Peplau describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera/o paciente:

- Papel de extraño: afirma que, es debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen. En esta etapa no se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarle tal como es.

- Papel como persona a quien recurrir: el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan de cuidados.

- Papel docente: es una combinación de todos los papeles. Se inicia siempre desde lo que el paciente conoce, y se desarrolla en función de su interés en ser capaz de emplear la información.

- Papel conductor: se establece una relación de cooperación y de participación activa.

- Papel de sustituto: el paciente asigna al enfermero/a un papel de sustituto.

- Papel de asesoramiento: Peplau considera que el papel de asesoramiento es el que tiene más importancia en la enfermería psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente.

Desde nuestro medio, los profesionales de enfermería que trabajan en las UCIs tendrían un papel inicialmente de extraño al ingreso del paciente, con un papel fundamentalmente de sustituto (sobre todo en las primeras horas del ingreso en cuidados intensivos), y posteriormente, evoluciona a ser una persona a quien acudir y con un papel docente, que posteriormente se variarán con el alta a las plantas de hospitalización.

Define la enfermería como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal, que funciona en relación con otros procesos necesarios para que exista la salud de cada persona en la comunidad (Peplau, 2000). Es así, un instrumento educativo, que intenta ayudar a que la personalidad de la persona avance hacia una vida tanto individual como colectiva creativa, constructiva y productiva (Peplau, 2000).

La persona para Peplau es un organismo que vive en un equilibrio inestable, y el entorno son el contexto cultural (del que adquirimos gustos, costumbres y creencias), y el resto de fuerzas que existen fuera del individuo. Aun así, los condicionantes que determinan la salud siempre incluyen el proceso interpersonal (D'Antonio et al., 2014).

Esta teoría deja de centrar la atención enfermera en una perspectiva biológica de la enfermedad, y explora los sentimientos y conductas propias y del otro frente a la enfermedad, siendo partícipe en las intervenciones de enfermería en su cuidado. De este modo, lograremos una relación entre la enfermera y la persona para que afronten los problemas de manera conjunta (Galvis López, 2015).

Aun así, no debemos olvidar que Peplau no menciona a la familia ni a la comunidad en este proceso. Esta teoría, por tanto, está más relacionada con las UCIs con visitas restringidas, en las que el cuidado está centrado en el paciente, y la familia acude a ver a su familiar y recibir información de su estado, pero no se implica de forma activa en su tratamiento.

1.5.3. Modelo de adaptación de Callista Roy

El modelo de adaptación de Callista Roy elaborado en 1970 presenta a la persona como un sistema holístico adaptativo en constante interacción con su interior y con su entorno exterior. El objetivo más importante para el sistema humano es mantener la integridad física frente a estímulos ambientales (Rogers y Keller, 2009).

Según Roy, las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Su modelo nos ayuda a comprender la función de la enfermera para reducir los mecanismos productores de estrés y afrontarlos (Jennings, 2017). Esta adaptación incluye mecanismos innatos (presentes en toda la especie y automáticos) y mecanismos adquiridos (que son aprendidos o desarrollados a través de respuestas habituales) (Phillips, 2011).

Roy describe los mecanismos de afrontamiento como procesos automáticos. Las experiencias vividas a lo largo de la vida nos ayudan a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares. Su modelo nos muestra cómo el papel de la enfermera es esencial para reducir el estrés sin descuidar otros tratamientos más específicos, los cuales contribuirán a alcanzar el objetivo principal que va dirigido principalmente al concepto de adaptación de la persona y su entorno. La enfermera intervendría en aquellas situaciones en las que la persona que se está adaptando presenta reacciones ineficaces, guiándose de los 4 modos adaptativos (Bonfill Acensi, Lleixa Fortuño, Sáez Vay, y Romaguera Genís, 2010):

- Modo fisiológico de adaptación: se da en las conductas y reacciones en la persona con cierto grado de estrés. La enfermera puede intervenir enseñando a la persona a reconocer sus propias reacciones ante estímulos determinados e iniciar técnicas que la ayuden a controlar las reacciones del sistema nervioso autónomo, como son la relajación en todas sus variedades o la respiración profunda, contribuyendo a ayudar a la persona a reconocer y manejar su propia reacción estresante.

- Modo de adaptación del autoconcepto de grupo: refleja como se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno. La persona que tiene una visión de sí misma positiva, tendrá una favorable “autoestima” y dispondrá de forma natural de recursos suficientes para poder afrontar la situación de estrés. La enfermera puede ayudar en el reconocimiento de los recursos propios y fortalecerlos. Así, buscamos reconvertir una fuente de estrés en un logro positivo que le ayude a crecer como persona.

- Modo de adaptación de desempeño de rol: se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. La enfermera puede identificar en qué posición se encuentra la persona socialmente hablando, denominándolo el “comportamiento expresivo”, y así ayudar a la persona a encontrar qué papel es insustituible o esencial, cual es importante y lo que representa una sobrecarga, a través de técnicas de reconocimiento sobre cómo distribuir el tiempo, establecer prioridades y establecer así espacios para poder trabajar conjuntamente.

- Modo de adaptación de la interdependencia: se basa en la integridad de las relaciones. Las personas intentan adaptarse cuando se ven delante de situaciones difíciles, buscan ayuda, apoyo, amor en los otros. La enfermera debe detectar las

dificultades que presentan las personas y ofrecer sistemas de apoyo, tanto desde el ámbito social como de recursos asistenciales dirigidos a paliar el conflicto.

1.5.4. De principiante a experta de Patricia Benner

Patricia Benner, a la hora de cuidar a un paciente, define a la familia como una unidad básica en el cuidado y bienestar del individuo, siendo esta persona significativa para el otro (Benner, 2001).

Muestra a la persona como un ser autointerpretativo, ya que los individuos nos vamos definiendo tras el paso por distintas experiencias a lo largo de la vida. En cuanto a la labor enfermera, para Benner se trataría de una relación de cuidado, en la que se facilita la conexión y el interés fundamentales en la relación paciente-enfermera, estableciéndose así la posibilidad de ayudar y ser ayudado (Benner, Tanner, y Chesla, 2009).

Esta autora estudió la práctica enfermera para describir el conocimiento que sustenta dicha práctica, diferenciando entre el saber teórico y el saber práctico, y sosteniendo que este último puede desarrollarse antes que la teoría, por lo que puede ayudar a ampliarla. Por ello, estableció los niveles de competencias en la práctica de la enfermería (Benner et al., 2009):

- Principiante: no tiene ninguna experiencia previa, teniendo problemas para diferenciar los aspectos relevantes de los irrelevantes. Normalmente son los estudiantes de enfermería los que se encuentran en este estadio.

- Principiante avanzado: puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficientes de situaciones reales, poseyendo la experiencia para dominar algunos de los aspectos de la situación. Son enfermeras que siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar, teniendo problemas para dominar la situación del paciente desde una perspectiva más amplia.

- Competente: se tiene una planificación consistente y deliberada en las situaciones actuales y futuras que son importantes o no. La atención se centra en la gestión del tiempo y la organización de las tareas de enfermería.

- Eficiente: la enfermera es capaz de reconocer los aspectos importantes y tiene un dominio intuitivo de la situación gracias a la información previa que conoce.

- Experta: es capaz de identificar los problemas del paciente sin malgastar tiempo y de actuar partiendo del conocimiento profundo de la situación global. Tiene un dominio intuitivo de la situación, desarrollando su profesión de manera flexible y eficiente.

Patricia Benner fue la autora y directora del proyecto para la consecución de métodos intraprofesionales para el consenso, la valoración y la evaluación intraprofesional, conocido como el proyecto AMICAE para realizar una evaluación sistemática para las escuelas de enfermería y los hospitales participantes de la zona de San Francisco (EEUU). De este estudio, se extrajeron 31 competencias identi-

ficadas en situaciones reales, derivando de forma inductiva los 7 dominios de su teoría, que son (Marriner y Raile, 2011):

- 1.- El rol de ayuda
- 2.- La función de enseñanza-formación
- 3.- La función de diagnóstico y seguimiento del paciente
- 4.- La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez
- 5.- La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos
- 6.- El seguimiento y la garantía de la calidad de las prácticas de cuidado de la salud
- 7.- Las competencias organizadoras del rol de trabajo

En cuanto a la práctica del profesional de enfermería experto en cuidados de pacientes críticos, identifica 9 dominios o situaciones importantes alrededor de las cuales se organizan objetivos), que son (Benner, Hooper-Kyriakidis, y Stannard, 2011):

1.- Diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes inestables

2.- Controlar una crisis mediante la actividad práctica

3.- Proporcionar medidas de comodidad a los pacientes en estado muy grave

4.- Cuidar a la familia del paciente

5.- Prevenir los peligros por causas tecnológicas

6.- Afrontar la muerte: cuidados y toma de decisiones en pacientes terminales

7.- Comunicar las diferentes perspectivas y discutir las

8.- Asegurar la calidad y solventar la crisis

9.- Poseer el conocimiento práctico hábil del liderazgo clínico, la formación, y el consejo de los demás.

En cada una de estos dominios, se señalan 6 aspectos del juicio clínico y del comportamiento de la enfermera experta (Benner et al., 2011):

- Pensamiento en acción y razonamiento en transición

- Conocimientos técnicos expertos: permite a la enfermera pensar en la acción, es decir, la respuesta del paciente a las intervenciones permite a la enfermera conocer mejor aquello que le está pasando.
- Práctica basada en la respuesta: capacidad para responder de forma flexible a las necesidades del paciente, y especialmente, de la familia.
- Representación-mediación: es la capacidad de actuar o de influir en una situación
- Agudeza perceptiva y habilidad de implicación: como dice la propia Benner “ser bueno en resolver un problema no es suficiente si se pasa por alto el problema más crucial o el problema se enmarca o se define de manera equivocada”.
- Enlace clínico y ético

1.5.5. Teoría del Caring de Jean Watson

Para realizar su teoría, Jean Watson buscó una orientación fenomenológica, existencial y espiritual. Su teoría evoluciona desde un cuidado definido por el paradigma de la medicina y los modelos científicos biomédicos tradicionales (Watson, 1979), hasta finalmente enunciar que pretendió realizar un modelo sobre cuidado y curación que lleven tanto a los profesionales médicos, enfermeros y al resto del público más allá de la idea de curar a cualquier precio, y situó a las prácticas de cuidado y de curación en un nuevo paradigma que reconoce la relación simbólica entre humanidad, tecnología, naturaleza y universo. Cree que la enfermería o caring

(como así lo denomina) es “un proceso humano intersubjetivo”, en el que se establece una relación de cuidado entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, ya sea el paciente o el familiar (Parker y Smith, 2015). Así, Watson enuncia que la enfermería no sólo debe centrarse en curar con técnicas basadas en la evidencia de las prácticas médicas (que necesitamos), sino que no debemos olvidar la dimensión humana de esos cuidados, fundamentales para mantener la humanidad de estos (Urrea, Jana, y García, 2011).

De esta forma, en el momento en que se establece una relación de cuidado, se permite que tanto la enfermera como la familia compartan sus mundos subjetivos, mediante las llamadas “transacciones intersubjetivas del cuidado”. Watson apunta que el cuidado transpersonal es la revisión continua de los elementos de cuidado en una relación de persona a persona, y que si se establece una conexión intersubjetiva entre dos personas, el sujeto que recibe estos cuidados está en una mejor situación para poder armonizar la mente, el cuerpo y el alma, y así, ser más libre para dirigir esa energía reprimida hacia su propio proceso de curación (Watson, 1999).

Enuncia 7 supuestos o premisas para basar su teoría, que son (Urrea et al., 2011):

1.- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar efectivamente en una relación interpersonal.

2.- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.

3.- El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento personal y familiar

4.- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona que puede llegar a ser.

5.- Un entorno de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

6.- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa

7.- La práctica del cuidado es fundamental en la enfermería

Este proceso incluye los 10 factores de cuidado, que suponen el marco de referencia para su práctica. Estos ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que aunque una enfermera pueda ayudar al otro a resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle esta salud. Es, por tanto, responsable de ofrecer condiciones para que el propio paciente resuelva sus propios predicamentos, encontrando cada uno significados en su vida de forma individual. Estos factores de cuidado son (Marriner et al., 2011):

1.- Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente

2.- Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado

3.- El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión.

4.- Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza

5.- Estar presente y construirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida.

6.- El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial.

7.- Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro.

8.- Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz.

9.- La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger.

10.- El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales

En la teoría de Watson, la familia es un elemento esencial en el proceso de salud. Por ello, cuando una persona ingresa en el hospital, debemos cuidar no sólo del paciente, sino también a su familia. Esto está muy en relación con las nuevas políticas de humanización con unidades de puertas abiertas (Ayllón Garrido, Montero Rus, Acebes Fernández, y Sánchez Zugazua, 2014; Errasti-Ibarrondo y Tricas-Sauras, 2012; Schmidt y Azoulay, 2012) o la inclusión de familiares en las rondas médicas (Davidson, 2013).

1.5.6. Modelo bifocal de Lynda Jual Carpenito

En 1983, Lynda Jual Carpenito crea el modelo Bifocal para la práctica clínica, para así crear planes de cuidados estandarizados tanto para usuarios sanos como enfermos, a través de la figura del Plan de Cuidados Enfermero (PAE). Este modelo identifica las respuestas del individuo o grupo frente a determinadas situaciones, ya sea como diagnóstico de enfermería o como problema interdisciplinar. Así, divide los problemas en dos tipos (Marriner et al., 2011):

- Problemas independientes: propios de la disciplina enfermera, resolviéndose con intervenciones propias.

- Problemas interdependientes: en colaboración con otro profesional del equipo, resolviéndose con intervenciones propias y con actividades interdependientes (como por ejemplo las actividades que se realizan bajo prescripción médica).

La ansiedad para Carpenito ha sido durante mucho tiempo un importante diagnóstico de enfermería, ya que la emoción está relacionada con los impedimentos funcionales en los aspectos fisiológicos, cognitivos, conductuales y afectivos. Define la ansiedad como “la respuesta emocional humana al enfrentamiento incierto, y a amenazas a su existencia como la enfermedad” (Carpenito, 2013, p 78). Así, la ansiedad y el miedo son incluso pensados como respuestas emocionales estándar en UCI, destacando que niveles de ansiedad de forma prolongada y excesiva pueden ser perjudiciales para la salud de una persona (Gustad, Chaboyer, y Wallis, 2005). Además, señala que la ansiedad es diferente del miedo, ya que mientras que la primera es objetiva, la segunda coge un objeto, una persona o un acontecimiento específico de temor (Carpenito, 2013). En este caso, las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos están en una posición privilegiada para evitar, a través de un tratamiento integral, un diagnóstico de ansiedad, tan importante para Carpenito, y así ayudar al paciente en su paso por este servicio.

Este modelo está reforzado con el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, siendo actualmente el lenguaje más extendido en la práctica enfermera (Korhan, Yönt, Erdemir, y Müller-Staub, 2014).

1.5.7. Taxonomía NANDA-NIC-NOC de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I)

En 1973, la American Nurses Association (ANA) se reúne en su primera conferencia sobre diagnósticos de enfermería. Esta asociación posteriormente creará la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en 1982, quien proporciona la estructura y establece los planes de trabajo para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería.

Pero no es hasta 1990 cuando se define oficialmente un diagnóstico de enfermería como un juicio clínico sobre las respuestas tanto del individuo, como de su familia o de la comunidad sobre procesos de salud, ya sean reales o potenciales. Así, el diagnóstico de enfermería proporciona la base para poder elegir las intervenciones que realizará la enfermera, para así poder alcanzar los resultados de los que es responsable (Warren y Hoskins, 1990). Esto se hace gracias a la publicación de Nursing: a social policy statement por parte de la ANA.

En 1986, el Comité de Taxonomía se reunió para organizar los diagnósticos recién presentados en la estructura revisada de la Taxonomía I, clasificando así los diagnósticos en 9 Patrones de Respuesta Humana. Posteriormente, se utilizó una segunda taxonomía dividida en siete ejes (siendo cada eje la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico), siendo estos (Cachón Pérez, Álvarez-López, y Palacios-Ceña, 2012):

- El concepto diagnóstico

- El tiempo
- La unidad de cuidados
- Las etapas de desarrollo en la que se encuentra el individuo
- La potencialidad (el estado en que se encuentra el problema).
- El descriptor (es el determinante que especifica el significado del diagnóstico)
- La topología (indica las zonas del cuerpo a las que hace referencia).

Para agrupar los diagnósticos, la taxonomía-II de NANDA se divide en 13 dominios (basados en los patrones funcionales de salud de Margory Gordon), y dentro de cada dominio sus clases correspondientes, haciendo un total de 46 clases y 235 diagnósticos. Los dominios actuales de la última versión de la taxonomía NANDA son (Herdman y Kamitsuru, 2015):

1. Promoción de la salud
2. Nutrición
3. Eliminación e intercambio

4. Actividad / reposo
5. Percepción / cognición
6. Autopercepción
7. Rol / relaciones
8. Sexualidad
9. Afrontamiento / tolerancia al estrés
10. Principios vitales
11. Seguridad / protección
12. Confort
13. Crecimiento / desarrollo

Para estos diagnósticos, se crearon además dos lenguajes más estandarizados relacionados entre sí, ambos creados por la Universidad de Iowa, que son (Cachón Pérez et al., 2012):



- Nursing Outcomes Classification (NOC): es una clasificación que describe los objetivos a obtener y evaluar en el cuidado del paciente.

- Nursing Interventions Classification (NIC): es una clasificación estandarizada de las intervenciones realizadas en enfermería con los pacientes.

Gracias a esta taxonomía NANDA-NIC-NOC, la enfermera puede realizar un juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, y elegir de forma fácil intervenciones y objetivos de enfermería que está capacitada para realizar, pudiendo así identificar, intervenir y medir resultados usando un lenguaje estandarizado. Así, conseguimos una unificación de las intervenciones y objetivos, facilita la informatización de las actividades, calcula el coste-efectividad, mide el volumen de trabajo de la enfermería, ayuda al desarrollo de la investigación y de la enfermería basada en la evidencia (de Cordova et al., 2010; Urquhart, Currell, Grant, y Hardiker, 2009).

Aun así, en las unidades de cuidados intensivos se tiende a utilizar diagnósticos referidos a problemas físicos en comparación con los diagnósticos emocionales y/o espirituales (de Fátima Lucena y de Barros, 2006; Korhan et al., 2014). Los diagnósticos que más se identifica en el estudio de Korhan et al. (2014) es riesgo de deterioro de la integridad cutánea (62,2%) y alteración de la mucosa oral (60%), en contraste con el que menos se identifica, que fue deterioro de la comunicación verbal (2,2% de los pacientes, pese que la mayoría de estos pacientes precisaban soporte respiratorio).

Estos datos deben hacernos pensar en que no tenemos un concepto completo de las necesidades de nuestros pacientes, ya que menospreciamos los aspectos culturales, sociales, emocionales y espirituales a favor de los aspectos biológicos (Korhan et al., 2014). Esto puede ser uno de los motivos de que en estudios como el realizado por Hunziker et al. (2012), uno de los ítems con mayor correlación en la predicción de altos niveles de insatisfacción en la calidad de la atención recibida por los familiares en la unidad de cuidados intensivos sea la competencia enfermera.

1.5.8. La importancia de la calidad en el cuidado

Si hablamos de calidad, el aporte de Avedís Donabedian es sin duda fundamental (Donabedian, 1980). Su enfoque publicado en 1978 supone la base para implementar la calidad en los servicios de salud. Su modelo se utiliza frecuentemente para examinar la mejora de la calidad y de los servicios como marco para la revisión sistemática y la creación de programas de medicina de calidad. Donabedian (1980) categorizó la calidad en tres componentes:

- Estructura: incluye los recursos humanos, físicos y financiero necesarios para proporcionar atención médica.

- Proceso: define un conjunto de actividades que se desarrollan dentro y entre los sanitarios y los pacientes.

- Resultado: describe un cambio en la salud de la persona, que es una consecuencia de la atención proporcionada.

Estos componentes se vinculan en la estructura del cuidado que afecta al proceso, y el proceso afecta directamente al resultado. Además, los resultados suponen una retroalimentación a las estructuras y los procesos iniciales para determinar los cambios que deben realizarse como para examinar el entorno externo de donde pueden surgir los recursos, los pacientes y las expectativas de salud. Además, señala que se trata de un modelo modificable para mejorar la adaptación a las necesidades de cada centro. Ejemplo de la utilización de este modelo es el sistema de salud regional de Trinity, que basándose en el modelo de Donabedian mejoró los resultados de los pacientes, reduciendo en poco más de un año la estancia media de 4,24 días a 3,37 días, y el costo por admisión de 6.723 \$ a 5.919 \$ (McKay y Crippen, 2008).

Además, el Committee on Quality of Health Care in America describió seis categorías para mejorar la calidad en la atención: seguridad, eficacia, cuidado centrado en el paciente, puntualidad, eficiencia y equidad (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

A mediados de los años ochenta y noventa, el interés en las unidades de cuidados intensivos no sólo se mantuvo en los pacientes respiratorios e inestables, sino que se amplió más allá de las técnicas de apoyo y las patologías. La llegada de modelos específicos para ajustar el riesgo en cuidados intensivos fue un avance para la promoción de las evaluaciones comparativas (Kuhlen, Moreno, Ranieri, y Rhodes, 2008). A su vez, aumentaron los costes y el uso de recursos de forma sig-

nificativa, suponiendo un factor de gestión muy importante. En 1991 la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) creó un grupo de trabajo para mejorar la gestión y la calidad de la atención proporcionada en las UCIs europeas. A partir de ese momento, se fomentaron la creación de registros nacionales de cuidados intensivos para describir los cuidados en la propia unidad y los resultados después de esta, para mejorar la profesión médica y así proporcionar una atención de mayor calidad y segura. El registro finlandés (Finnish Intensive Care Consortium) fue el primero en aparecer en 1994, seguido por el noruego (Norskt Intensivregister), el sueco (SIR) y el danés (Dansk Intensiv Database) (Sjöberg y Walther, 2012).

Otra parte importante en calidad es la reducción de errores médicos en cuidados intensivos iniciada por P.J. Pronovost (Pronovost, Miller, Dorman, Berenholtz, y Rubin, 2001; Pronovost et al., 2003). Así, la seguridad se convierte en el centro de atención del ESICM en 2009 (Moreno, Rhodes, y Donchin, 2009).

En el estudio realizado por Flaatten (2012), se nos muestra como de los 63 indicadores de calidad diferentes utilizados en los 7 países estudiados (Reino Unido, Países Bajos, España, Suecia, Alemania, Escocia, Austria e India), ninguno era común para todos los países, y solo 7 eran comunes para la mitad o más de los países, utilizándose la mayoría sólo en un país. Así, señala tres datos importantes:

- El concepto de calidad en la UCI se percibe de manera diferente de un país a otro, al menos si se juzga por la elección y prioridad de los índices de calidad.

- El perfil de la elección de los indicadores de calidad también varía entre países, utilizando unos índices más basados en procesos que otros, aunque todos tienen varios indicadores de resultado en su conjunto.

- La mayoría de los indicadores de calidad están basados en resultados y muy pocos en la estructura.

Además, señala el problema de los indicadores de calidad de proceso, ya que al cambiar la evidencia pueden suponer un problema, necesitando de reevaluación conjunta a intervalos regulares como se hace en Suecia o España. Flaatten recuerda que los cuidados intensivos europeos están muy lejos de ser homogéneos y se desarrollan en niveles muy distintos, con niveles de capacidad y desarrollo diferentes, además de percepciones de calidad desiguales en las diferentes culturas. Además, señala que desarrollar indicadores de calidad sólo es el primer paso en la cadena de mejora de la calidad. Después, deben ser utilizados y enviados a un registro centralizado para el uso de estos datos para mejorar la calidad, cerrando así el “círculo de la calidad” (Flaatten, 2012).

A la hora de mejorar la calidad asistencial podemos utilizar dos sistemas (SEMICYUC, 2011):

- Por posibilidades de mejora: se inicia con la identificación de problemas, con un posterior análisis y propuestas de mejora.
- Por sistemas de monitorización: que se utilizan para detectar problemas y evaluar de forma periódica su mejora gracias a los indicadores.

Un sistema de monitorización requiere definir el tipo de atención que se realiza estableciendo las principales áreas asistenciales y elaborando indicadores que nos permitan medir el resultado de nuestra práctica asistencial, consiguiendo así un sistema basado en medidas cuantitativas repetidas. Para que un indicador sea un instrumento de medida sistemático, que refleje la realidad y sea útil, deben de cumplir 3 características (Martín et al., 2008):

- Validez: un indicador es válido cuando cumple el objetivo de identificar situaciones en que se podría mejorar la calidad de la asistencia.

- Sensibilidad: cuando detecta todos los casos en que se produce una situación o problema real de calidad.

- Especificidad: cuando sólo detecta aquellos casos en que existen problemas de calidad.

La SEMICYUC en 2011 publica una revisión con los indicadores de calidad en el enfermo crítico en las unidades de cuidados intensivos. Son 120 indicadores y se encuentran divididos en los siguientes grupos (SEMICYUC, 2011):

- Cuidados cardiológicos y reanimación cardiopulmonar (RCP)

- Insuficiencia Respiratoria Aguda

- Neurointensivismo y traumatología
- Enfermedades infecciosas
- Metabolismo y nutrición
- Cuidados nefrológicos
- Hemoderivados
- Toxicología
- Trasplantes
- Planificación, organización y gestión
- Internet
- Formación continuada, docencia e investigación
- Bioética
- Enfermería
- Sedación y analgesia

De estos bloques, los indicadores que nos interesan en este trabajo, y sobre los que queremos incidir serían:

- Información de enfermería a los familiares: Este indicador se engloba en el grupo enfermería, dentro de la dimensión de satisfacción y adecuación. Este se justifica por la necesidad de la familia de recibir información por parte del equipo multidisciplinar. La enfermera en este equipo es quien tiene una mayor visión holística del paciente y mayor contacto con la familia. Además, la transmisión reglada de información ayuda a disminuir la ansiedad y el estrés de la familia, y puede conseguir una mayor colaboración del familiar en el proceso de atención al enfermo crítico. La información dada debe contemplar como mínimo los siguientes aspectos (excluyendo la información sobre pronóstico, diagnóstico y tratamiento, considerando que estos temas son competencias del médico):

o Se aportará información sobre los cuidados de enfermería realizados al enfermo.

o Se informará de la situación anímica y confort del enfermo / la integración del aspecto físico, psíquico y emocional.

o Daremos soporte emocional a los familiares.

o Debe tener una frecuencia diaria.

- o Debe realizarse en un espacio físico adecuado (despacho o a pie de cama, según situación del enfermo).

- o Posteriormente documentaremos en la historia de la información facilitada.

- Información a los familiares de los enfermos en el servicio de medicina intensiva (SMI): Este indicador estaría englobado dentro del grupo bioética, en la dimensión de satisfacción. Justifican este indicador por la regulación del derecho a la información en la legislación actual. Un porcentaje de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos no pueden recibir esta información por su estado, por lo que ésta debe darse a su familia, allegados y/o referentes autorizados por el enfermo. Esta información debe de cumplir los siguientes requisitos:

- o Si el paciente es competente, debe ser informado.

- o Ser diaria (incluyendo fines de semana y festivos), y con el tiempo necesario para poder explicar los cambios más relevantes producidos, y dar cumplida respuesta a todas las dudas de los familiares. Esta incluye la información al ingreso del paciente.

- o Se debe realizar en un sitio confortable y con suficiente privacidad.

- o La información se dará por el médico responsable del paciente. Deberá quedar explícito quién debe ejercer dicha tarea en ausencia del médico responsable, que normalmente se asumirá por el médico de guardia.

o Se recomienda el registro de la información dada en la documentación clínica

- Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva (SMI): encontramos este indicador dentro del grupo de planificación, organización y gestión, en la dimensión de satisfacción. La atención centrada en el enfermo es uno de los principales objetivos de la atención asistencial, y a través de las encuestas de satisfacción podemos conocer la calidad percibida por los enfermos y familiares y establecer medidas que permitan mejorar los resultados. Éstas se realizarían tras el alta a planta, alta domiciliaria, a otro centro o por exitus, contabilizando los reingresos, considerando una encuesta contestada si es devuelta con más de un 70% de los ítems contestados por el propio paciente o familiares (excepto en pacientes que su estancia en UCI sea menor de 24 horas).

Otra forma de medir la calidad asistencial en los hospitales es a través de la obtención de acreditaciones a través de agencias como la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), o la evaluación realizada por los propios pacientes. Esta evaluación centrada en los pacientes y los familiares nos muestra la calidad funcional (Regaira Martínez et al., 2010). Esta forma de evaluación surge en la década de 1980 en las empresas de servicio, siendo sus principales promotores Parasuraman, Zeithaml y Berri, quienes en 1985 publicaron el modelo conceptual llamado Service Quality (SERVQUAL) (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1985). En este modelo se muestran los factores que influyen en las expectativas de los consumidores, como son sus experiencias previas, sus necesidades personales, los conocimientos que tienen a través de los medios de comunicación, así como

las referencias que les han transmitido otros consumidores. Además, muestran las 10 dimensiones de la calidad del servicio que influyen tanto en las expectativas como en las percepciones de los consumidores. Posteriormente, desarrollan la escala SERVQUAL, compuesta por 22 ítems para poder medir la calidad del servicio prestado por una organización (Parasuraman, Berry, y Zeithaml, 1991). Su adaptación para el ámbito hospitalario llega en 1992 gracias a Babakus y Mangold (1992).

En nuestro caso, preferimos el uso de cuestionarios para poder conocer mejor la calidad percibida de una forma objetiva y fácilmente comparable, tanto por pacientes como por familiares sobre los cuidados recibidos, a través del trabajo realizado por todo el equipo multidisciplinar de la UCI, para así poder mejorar la asistencia que llevamos a cabo.

1.6. EL MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO Y SU FAMILIA EN SU PASO POR LA UCI

A la hora de tratar a los pacientes de UCI, el aumento del conocimiento de la farmacología clínica de los fármacos que utilizamos habitualmente para eliminar o evitar el dolor, la agitación y el delirio, ha aumentado también nuestra preocupación sobre los efectos a corto y a largo plazo de la exposición prolongada a estas sustancias (Heather, Hollands, Skrupky, y Micek, 2010; Riker y Fraser, 2009; Varon y Acosta, 2010). Estos efectos no sólo dependen del fármaco elegido, sino de la forma de administrarlos. Un ejemplo es el uso del propofol como anestésico. En

el estudio de Svenningsen, que señala cómo existe una relación entre la administración en bolo de propofol y la aparición del delirio. Sin embargo, la administración de forma continua de esta misma medicación tiene una asociación negativa con la aparición de delirio, al igual que la administración de midazolam (Svenningsen, 2013).

Una estrategia segura y eficaz que asegure la comodidad del paciente es un nivel ligero de sedación, consiguiendo así mejores resultados clínicos. Asegurarnos que el paciente crítico esté libre de dolor, agitación, ansiedad y delirio a veces puede dificultarnos en el manejo clínico, como puede ser el mantenimiento de la estabilidad cardiopulmonar, o la adecuada perfusión de los órganos. Además, la tremenda variabilidad mundial debido a las normas culturales, filosóficas y prácticas, así como la disponibilidad de trabajadores cualificados y recursos, hace que la aplicación de forma generalizada de las prácticas basadas en la evidencia sea dificultosa (Barr et al., 2013).

Centrándonos en la familia, Molter en 1979 ya identificó la necesidad de información, tranquilidad, apoyo y mantenerse cerca del paciente en las UCIs (Molter, 1979). Esto ha dado como resultado la búsqueda de una atención centrada no sólo en el paciente, con iniciativas como la creación del Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) (Gómez Martínez, Ballester Arnal, y Gil Juliá, 2011; Wasser y Matchett, 2001; Wasser, Pasquale, Matchett, Bryan, y Pasquale, 2001) o la política de visitas abiertas (da Silva Ramos, Fumis, Azevedo, y Schettino, 2013; Fumis, Ranzani, Faria, y Schettino, 2015). Estas necesidades deben ser cubiertas, utilizando para ello el apoyo con información, el contacto y la orientación proporcionada por el personal de la UCI (Chaboyer, Thalib, Alcorn, y Foster, 2007).

En muchos casos, el alto nivel de organización de estos servicios hace que las familias sientan que interfieren de forma inoportuna en los cuidados del paciente, relegando su función a la espera de información en los horarios delimitados para ello (Garrouste-Orgeas et al., 2010). Proveer una orientación básica sobre los sistemas del hospital y sus procedimientos pueden ayudar a las familias nuevas en la UCI, y así reducir su insatisfacción con la comunicación y la información proporcionada por los trabajadores (Carlson, Spain, Muhtadie, McDade-Montez, y Macia, 2015).

El alto grado de estrés y ansiedad que sufren tanto los pacientes (con rangos entre el 12% al 47%) (Pochard, 2010) como los familiares (con una prevalencia del 69,1%) (Pochard et al., 2001) en las situaciones de enfermedad crítica, provoca sufrimiento y problemas físicos y psíquicos a largo plazo como hemos visto previamente (Cutler, Hayter, y Ryan, 2013).

Estos datos siguen siendo muy importantes en la actualidad como nos muestra el estudio de Schmidt et al., en el que una alta proporción de los familiares de pacientes ingresados en UCI presentan síntomas de ansiedad (70%) y depresión (35%), siendo también comunes trastornos de estrés agudo y síntomas relacionados con el PTSD. Estos síntomas son más frecuentes cuando el familiar es un cónyuge o el familiar se encuentra en un duelo. En el caso de los familiares de pacientes que han fallecido en UCI, el 40% de ellos presentaban criterios de enfermedad psiquiátrica como ansiedad generalizada, desórdenes depresivos mayores o duelo complicado 1 año después de su pérdida, siendo muy importante la prevención sobretodo basada en estrategias comunicativas (Schmidt y Azoulay, 2012).

2.

HIPÓTESIS



2. HIPÓTESIS

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación que nos hacemos es: ¿sería útil dar a conocer las UCIs antes del ingreso para evitar altos niveles de ansiedad y depresión tanto a los familiares como a los pacientes, y ayudar así a mejorar su satisfacción con el servicio?.

2.2. HIPÓTESIS

La hipótesis que enunciamos para resolver esta pregunta sería que la visita de los familiares y el paciente a la UCI previa al ingreso disminuye los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción tanto en los pacientes como en los familiares.

Como hipótesis alternativa enunciamos que la visita de los familiares y el paciente a la UCI previa al ingreso no disminuye los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción tanto en los pacientes como en los familiares.

2.3. OBJETIVO PRINCIPAL Y ESPECÍFICOS

Para demostrar esta hipótesis, nos planteamos como objetivo principal determinar si se modifican los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción en los pacientes como en los familiares que realicen una visita a la UCI previa a su ingreso.

Derivados de ellos, enunciamos los siguientes objetivos específicos:

- Determinar los niveles de ansiedad y depresión de los familiares y pacientes antes del ingreso en la UCI.
- Determinar los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción de los familiares y pacientes a los 3 días del alta en la UCI.
- Determinar los niveles de ansiedad y depresión de los familiares y paciente tras 90 días del alta del paciente de la UCI.
- Identificar si existe relación entre los niveles de ansiedad y depresión y satisfacción experimentados por los pacientes y los que padecen sus familiares.

3.

MATERIAL Y MÉTODOS



3. MATERIAL Y MÉTODOS

El ámbito de estudio de nuestro trabajo será el Hospital Universitario de la Princesa, perteneciente a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que cubre todas las especialidades médicas y quirúrgicas excepto la de Obstetricia y Ginecología, y Pediatría, y atiende a una población de 315.379 personas en 2015, con un total de 564 camas, de las cuales 22 de ellas son de UCI, tanto para pacientes quirúrgicos como para patologías médicas (Consejería de Sanidad. Servicio Madrileño de Salud, 2015).

Este estudio fue autorizado inicialmente por la Dirección de Enfermería del hospital (Anexo 1), y posteriormente por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario de la Princesa en su reunión del día 21 de julio de 2016 con número de registro 2852* (acta 14/16), que se adjunta en el Anexo 2 .

En nuestro estudio se incluyeron todos los pacientes que fueron operados de forma programada e ingresados en la UCI del 1 de noviembre de 2016 hasta el 30 de junio de 2017.

Para poder llevar a cabo nuestros objetivos, se plantea un ensayo clínico abierto aleatorio estratificado comparativo.

Los criterios para la inclusión de los participantes en el estudio son:

- Que el paciente vaya a ser sometido a una cirugía programada.
- Querer participar en el estudio.
- Ser mayor de edad.
- Entender el idioma.
- Que el acompañante del paciente tenga una relación familiar y/o sentimental con el paciente.

Así, los criterios de exclusión son:

- Pacientes con deterioro cognitivo o alteración del nivel de consciencia que tengan limitaciones para verbalizar dolor.
- Tener alguna patología incapacitante para entender o expresarse.
- No firmar el consentimiento informado (Anexo 3).

- Reingreso en UCI por empeoramiento.

3.1. MÉTODO DE MUESTREO

Los participantes que se incluirán en nuestro estudio serán todos los pacientes que serán sometidos a una cirugía de forma programada e ingresados posteriormente en la UCI.

Para asignar a los pacientes y sus familiares al grupo control o de intervención, se realizará mediante un método automático tras la confección de una hoja de cálculo (Microsoft Office Excel). Esta asignación a cada grupo será realizada exclusivamente por un miembro del equipo sanitario que no estará involucrado en el estudio, ni en el tratamiento, ni en el seguimiento de los pacientes y familiares. Los participantes serán aleatorizados según la semana de ingreso en la UCI, para así evitar que pacientes y familiares del grupo de intervención y del grupo control coincidan en la misma habitación de hospitalización el día previo a la intervención, o en la sala de espera previa a la visita de las familias.

3.2. VARIABLES

Las variables dependientes que en nuestro estudio vamos a medir son los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción de los familiares y pacientes.

La variable independiente será la visita previa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Además, se medirán las siguientes variables demográficas:

- Género: variable cualitativa dicotómica. Si el sujeto es hombre o mujer.
- Edad: variable cuantitativa continua. Indica la edad de la persona.
- Peso: variable cuantitativa continua. Indica el peso expresado en kilogramos (Kg) de los pacientes y familiares.
- Talla: variable cuantitativa continua. Indica la altura expresado en metros (m) de los pacientes y familiares.
- Índice de Masa Corporal (IMC): variable cuantitativa continua. Expresado en Kg/m², que pone en relación el peso y la altura.
- Nivel educativo: variable cualitativa. Indica la formación máxima que ha logrado el sujeto. Los valores, ordenados de forma ascendente son:

sin estudios, educación primaria, educación secundaria, bachillerato, y estudios universitarios.

- Días de estancia del paciente en UCI: variable cuantitativa continua. Indica el número de días que el paciente ha estado ingresado en UCI.
- Creencias religiosas: variable cualitativa. Indica qué tipo de creencia religiosa mantiene en su vida habitual.
- Enfermedad psiquiátrica previa: variable cualitativa. Indica si el usuario padece algún tipo de enfermedad psiquiátrica conocida antes del ingreso.
- Experiencia previa en UCI como paciente: variable cualitativa dicotómica. Indica si el usuario ha tenido algún ingreso previo en una UCI.
- Experiencia previa en UCI como familiar: variable cualitativa dicotómica. Indica si el usuario ha acudido a algún servicio de UCI para visitar a una persona ingresada en otra ocasión previa.
- Técnicas invasivas requeridas por el paciente en UCI:
 - Días con ventilación mecánica: variable cuantitativa continua. Indica el número de días que el paciente ha precisado de ventilación mecánica.

- Uso de benzodiacepinas en UCI: variable cuantitativa continua. Indica los días que el paciente precisa algún tipo de benzodiacepinas.
- Re-intervención: variable cualitativa dicotómica. Indica si el paciente ha precisado volver a entrar en quirófano en su estancia en UCI.
- Uso de terapia renal sustitutiva: variable cualitativa dicotómica. Indica si el paciente ha precisado de terapia sustitutiva por una disfunción renal durante su estancia en UCI.
- Uso de hemoderivados: variable cualitativa dicotómica. Indica si el paciente ha precisado de transfusiones sanguíneas o de cualquier tipo de hemoderivado en su estancia en UCI.
- Re-intubación: variable cualitativa dicotómica. Indica si el paciente ha precisado de ventilación mecánica tras la extubación (en quirófano o en la UCI) mientras está ingresado en UCI.
- Complicaciones padecidas por el paciente:
 - Mortalidad: variable cualitativa dicotómica. Indica si el paciente ha fallecido durante su estancia en la UCI.
 - Episodios de delirio y agresividad: variable cualitativa dicotómica. Indica si el paciente ha sufrido algún tipo de alucinación o se ha encontrado agresivo durante su estancia en UCI.

- Secuelas físicas: variable cualitativa dicotómica. Indica si tras su estancia en UCI el paciente mantiene algún tipo de dificultad física.
- Número de visitas al día: variable cuantitativa discreta. Indica el número de veces al día que el familiar acude a visitar al paciente. Los valores, ordenados de forma ascendente son: ninguna, una vez al día y dos veces al día.
- Parentesco con el paciente: variable cualitativa. Indica el tipo de relación que existen entre el paciente y el familiar. Las opciones serían pareja, madre o padre, hijo o hija, hermana o hermano, amigo o amiga y otros.
- Relación con el paciente en su vida habitual: variable cualitativa. Indica cuántas veces ve al paciente en su vida habitual. Las opciones serían si vive con el paciente, le ve más de una vez a la semana, de forma semanal, de forma mensual, anualmente o menos de una vez al año.
- Cercanía con el hospital: variable cualitativa. Indica si el familiar reside en la misma ciudad donde se encuentra el hospital o fuera de ella.
- Toma de decisiones: variable cualitativa. Indica el grado en el que familiar que participa en el estudio tomar las decisiones sobre la salud del enfermo cuando éste no puede hacerlo por sí mismo. Las opciones serían que no participa en la toma de decisiones, participa en las decisiones tomadas en grupo y toma las decisiones por sí mismo.

3.3. TEST UTILIZADOS

Como herramientas para evaluar el estrés tanto de los pacientes como de los familiares, hemos escogido la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Chivite, Martínez, Pérez, y Peralta, 2007; Tejero, Guimera, Farre, y Peri, 1986; Terol-Cantero, Cabrera-Perona, y Martín-Aragón, 2015; Zigmond y Snaith, 1983) (Anexo 4.1) y la Escala Revisada de Impacto del Estresor (IES-R) (Báguena et al., 2001; Horowitz et al., 1979; Sterling, 2008) (Anexo 4.2).

Para evaluar el grado de satisfacción de los sujetos con la UCI, hemos elegido dos cuestionarios: el Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) (Anexo 4.3) y el Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 36) (Anexo 4.4).

3.3.1. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) fue desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983 (Zigmond y Snaith, 1983), y evalúa el nivel de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados no psiquiátricos. Se trata de un cuestionario auto administrado de 14 ítems, en la que 7 de ellos evalúan la ansiedad, y el resto valoran la depresión que sufre el sujeto. Se evita la inclusión de síntomas físicos para no confundir al paciente con la enfermedad física que padezca.

Esta versión original del HADS ha sido validada y traducida a numerosas lenguas, utilizándose en diversos países y culturas. Se ha evaluado ansiedad y depresión tanto en enfermos físicos (tanto en atención primaria, cirugía, ginecología, dermatología, oncología, cardiología o fatiga crónica, entre otros) y mentales (con diagnósticos de Depresión Mayor, Distimia, Fobias, Ansiedad generalizada, o Trastornos del Humor, entre otros), como en población general (en adolescentes, estudiantes universitarios, adultos y en personas de la tercera edad), obteniéndose resultados que apoyan su uso como herramienta útil para detectar distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos (Terol-Cantero et al., 2015).

Para responder a estas afirmaciones, se toma de referencia la experiencia de la persona en la última semana. La puntuación se realiza a través de una escala tipo Likert de 0 a 3 (0 como valor mínimo y 3 como valor máximo), que unas veces hace referencia a la intensidad del síntoma (como en el caso de la pregunta 3 “Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder” con las posibilidades de respuesta “definitivamente, y es muy fuerte”, “sí, pero no es muy fuerte”, “un poco, pero no me preocupa” y “nada”), y otras sobre la frecuencia de presentación (tomando por ejemplo la pregunta 1 “me siento tenso o nervioso”, pudiendo contestar “todos los días”, “muchas veces”, “a veces” o “nunca”) (Terol-Cantero et al., 2015; Terol et al., 2007; Zigmond y Snaith, 1983).

En la subescala de ansiedad, las preguntas están centradas en sus manifestaciones psíquicas (como tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, o angustia), y corresponden con las preguntas impares. En cuanto a la subescala de depresión, está centrada en la anhedonia (el disfrute, la alegría, la torpeza, el interés por el aspecto personal o la ilusión), siendo éstos los ítems pares. Ambas subescalas tienen una puntuación entre 0 a 21 puntos. Con la

suma de cada una de estas subescalas, obtenemos una puntuación independiente que dividimos en 3 grupos (Terol et al., 2007):

- 0 a 7 puntos: rango de normalidad
- 8 a 10 puntos: caso posible o dudoso
- 11 a 21 puntos: caso probable o afirmativo de ansiedad y/o depresión

Según la revisión de 24 estudios llevada a cabo por Bjelland, Dahl, Haug, y Neckelmann (2002), los puntos de corte de ambas subescalas muestran una sensibilidad y especificidad de 0,80 de promedio en pacientes en atención primaria y servicios hospitalarios.

En cuanto a la puntuación global, una puntuación total mayor de 19 señala un desorden depresivo mayor. Como nos muestra la revisión llevada a cabo por Terol-Cantero et al (2015, p 499), “diferentes autores apuntan incluso que la escala de distrés ejecuta mejor que las subescalas por separado (...). En este sentido, se señala que las subescalas podrían medir diferentes aspectos de los trastornos afectivos o tal vez compartir constructos como anhedonia, afectividad negativa o inquietud (...) más que ansiedad o depresión”.

Sin embargo, no podemos olvidar que lo que valoramos a través de esta escala es una puntuación de nivel de ansiedad y/o depresión, no un diagnóstico

psiquiátrico de ansiedad o depresión, que requeriría además de una adecuada entrevista psiquiátrica (Costas González, Prado Robles, y Crespo Iglesias, 2013).

Esta escala ha sido validada en España por primera vez en 1986 (Tejero et al., 1986). La consistencia interna evaluada por el alfa de Cronbach fue de 0,90 para la puntuación total, 0,84 para la subescala de depresión y 0,85 para la subescala de ansiedad (Herrero et al., 2003). Esta consistencia interna se confirma en la revisión de Terol-Cantero et al (2015, p 500), que señala que “en cuanto a la consistencia interna, existe semejanza en los estudios revisados, con índices alfa de Cronbach aceptables o buenos para ambas subescalas, situándose siempre por encima de 0,70 y en la gran mayoría de los estudios por encima de 0,80 independientemente de la muestra evaluada (físicos, psiquiátricos o sanos)”.

En el estudio realizado por Cabrera, Martín-Aragón, Terol, Núñez, y Pastor (2015), se analizaron los ítems, consistencia interna y estructura factorial mediante análisis confirmatorio y puntos de corte con curvas ROC; replicándose la estructura de dos factores, obteniendo una fiabilidad de estas subescalas adecuada, con un valor de 0,80 en la subescala de ansiedad y 0,85 en la subescala de depresión.

Sobre las preguntas en la subescala de ansiedad, todas mostraron una correlación significativa en la subescala (rango 0,60 a 0,80 $p < 0,01$). Del mismo modo, las preguntas sobre depresión también muestran correlación significativa en su subescala (rango 0,58 a 0,79 $p < 0,01$). Además, todos los ítems muestran correlación significativa con la escala completa (rango 0,49 a 0,79 $p < 0,01$). También las dos escalas se correlacionaron entre sí (coeficiente de Pearson $r = 0,68$ $p < 0,001$) y con la escala total ($r = 0,92$ por la subescala de ansiedad y $r = 0,91$ por la subescala de depresión $p < 0,001$) (Herrero et al., 2003).

Las ventajas que nos aporta la utilización de esta herramienta son (Terol et al., 2007):

- Su sencillez y brevedad, aumentando así la aceptación de su uso entre pacientes y profesionales.
- La posibilidad de evaluar ansiedad y depresión con la misma escala.
- La exclusión de preguntas de carácter somático que pudieran confundir a la hora de evaluar a los pacientes físicos con síntomas como la pérdida de apetito y/o energía, fatiga, insomnio, cambios en la actividad, y otros trastornos fisiológicos.
- Sus cuestiones aluden a contenidos especialmente relevantes en contextos de salud, incluyendo respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales de la ansiedad y la depresión.

3.3.2. Escala de Impacto del Estresor (IES)

La Escala de Impacto del Estresor (IES) fue creada por Horowitz et al en 1979 (Horowitz et al., 1979), y posteriormente revisada por Weiss y Marmar en 1997 (Sterling, 2008), denominándose Escala Revisada de Impacto del Estresor (IES-R), validándose en la población española en 2001 por Báguena et al. (2001). Esta escala se utiliza para evaluar el malestar subjetivo que acompaña a las expe-

riencias estresantes y/o traumáticas. Se trata de una herramienta auto administrada compuesta por 22 ítems que se evalúan de 0 a 3 en una escala tipo Likert sobre la experiencia del paciente durante la última semana, siendo las posibles respuestas “nunca”, “rara vez”, “a veces” y “a menudo”.

Configurando esta herramienta, se encuentran tres subescalas:

- Escala de evitación: con 8 preguntas relacionados con la negación del estresor y sus consecuencias, evitación de pensamientos, sentimientos y situaciones relacionadas con el mismo.

- Escala de intrusión: con 7 ítems sobre pensamientos, imágenes, sentimientos y pesadillas recurrentes relacionados con el estresor.

- Escala sobre síntomas de hiperexcitación: con 7 preguntas sobre enojo e irritabilidad, respuesta exagerada de sobresalto, problemas de concentración, activación fisiológica ante estímulos que recuerdan el trauma e hipervigilancia.

Los estudios de fiabilidad proporcionaron unos niveles de consistencia interna (gracias al alfa de Cronbach) de 0,87 para la escala de intrusión, 0,85 para la escala de evitación y 0,79 para la escala de hiperexcitación, con unos coeficientes test-retest respectivos de 0,57, 0,51 y 0,59 para cada subescala. La correlación entre las tres subescalas fue de 0,74 entre intrusión y evitación, 0,87 entre intrusión e hiperexcitación, y 0,74 entre evitación e hiperexcitación (Sterling, 2008). Sin embargo, en la validación española, se encontró un alfa de Cronbach de 0,86 para la

escala total, de 0,78 para la subescala de intrusión y 0,82 para la subescala de evitación, pero no para la escala de hiperexcitación. Además, encuentra una diferencia importante en cuanto al género en el factor de factor de intrusión / hiperexcitación (0,19 para toda la muestra, 0,10 para varones, 0,80 para mujeres) (Báguena et al., 2001).

En cuanto a validez convergente, Schutte y Malouff (1995) ya señalaron que esta escala se asocia con otras medidas de estrés crónico que incluyen quejas somáticas, problemas de concentración y problemas en las relaciones interpersonales, depresión, ansiedad, ira, miedo, etc. Además, es un instrumento sensible ya que permite captar los cambios en el malestar subjetivo del paciente como consecuencia de una intervención terapéutica de índole psicológica y/o farmacológica y, además, también tiene la capacidad de discriminar entre grupos de personas que han experimentado distintas clases de trauma (Báguena et al., 2001) .

Para la interpretación de esta escala se utiliza la puntuación total, estableciendo los siguientes puntos de corte:

- De 0 a 22 puntos: normal
- 23 a 36 puntos: la persona sufre estrés
- Mayor de 36 puntos: presencia de Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD) (a falta de confirmación diagnóstica).

3.3.3. Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI)

El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) (Anexo 4.3) fue creado por Molter (1979), siendo éste uno de los primeros estudios que reconoció la importancia de satisfacer las necesidades de los familiares (Olano y Vivar, 2011). En 1983, Molter y Leske crearon la versión definitiva del cuestionario, y en 2011 fue validada en la población española por Gómez Martínez et al (2011).

Se trata de un cuestionario auto administrado que consta de 45 ítems en su versión original, y 11 en su versión breve (validada posteriormente por Johnson et al (1998)), que miden las necesidades percibidas por los miembros de la familia del paciente ingresado en UCI (Gómez Martínez et al., 2011). Las cuestiones se valoran en una escala tipo Likert de 1 a 4, en la que las respuestas posibles son “casi todas las veces”, “la mayoría de las veces”, “sólo algunas veces” o “nunca”.

Está estructurado en 4 subescalas, que evalúan:

- Atención médica que recibe el paciente.
- Comunicación entre los familiares y el personal sanitario.
- Atención personal que se les proporciona a los familiares por parte del equipo médico.

- Posibles mejoras que se percibe que podrían realizarse tanto para los pacientes (en cuanto a aspectos médicos) como para el familiar (en cuanto a la atención personal por parte de los familiares).

La consistencia interna, calculada con el coeficiente alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,655. Para la subescala atención médica fue de 0,721, 0,603 para el apartado de comunicación, 0,605 para la parte de atención personal y 0,641 para el grupo de mejoras. En cuanto a la correlación de cada ítem con la puntuación total, todas fueron superiores a 0,30, mostrando así un adecuado índice de homogeneidad (Gómez Martínez et al., 2011).

En la comparación de instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos realizado por Olano et al (2011), vemos como esta herramienta nos ayuda a valorar las necesidades de seguridad, información, proximidad, apoyo y confort. En cambio, los aspectos sobre toma de decisiones, cuidados al paciente, cualidades profesionales y satisfacción general con la atención no están incluidas, por lo que utilizamos a su vez el Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 36), y así, conocer todas las necesidades de los familiares que pasan por nuestro servicio.

3.3.4. Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 36)

El otro instrumento utilizado para conocer la satisfacción de los pacientes y familiares con nuestra UCI es el Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 36) (Anexo 4.4). Fue creado por Heyland, Tranmer, y Kingston General Hospital ICU Research Working Group (2001), y validado en la población española en su versión FS-36 en 2005 (Vilagut et al., 2005) y FS-12 en 2008 (Vilagut et al., 2008).

Se trata de un cuestionario auto administrado compuesto por 35 ítems puntuables, que abarcan 8 dimensiones: función física, rol físico, rol emocional, función social, salud mental, salud general, dolor corporal y vitalidad. A su vez, se divide en dos apartados:

- Satisfacción con los cuidados: con 14 preguntas sobre cuidados (en cuanto a preocupación por parte del personal de la UCI y el manejo de síntomas y percepciones como dolor, disnea o agitación), personal de enfermería, personal médico, el entorno de la UCI, etc. La puntuación de este apartado se valora en una escala tipo Likert de 1 a 4, siendo las respuestas “excelente”, “muy bien”, “bien” y “suficientemente mal”, dando una quinta opción que corresponde a “no aplicable”.

- Satisfacción sobre la toma de decisiones: 13 preguntas sobre la información recibida (frecuencia, facilidad para conseguir información, comprensión, inclusión en el proceso de toma de decisiones, etc.). Estas preguntas se valoran en una escala tipo Likert de 1 a 5. En el apartado sobre necesidad de información, las respuestas corresponderían a las opciones “excelente”, “muy bien”, “bien” y “suficientemente

mal”, siendo quinta opción “no aplicable”. En cuanto al apartado del proceso de toma de decisiones, las opciones en la escala Likert varían desde sentirse excluido o abrumado hasta el 5, que supone la inclusión y el apoyo del equipo.

Además de estas preguntas, al final del cuestionario se presenta tres preguntas abiertas para que el usuario pueda dejar comentarios o sugerencias de su estancia.

Este test ha demostrado su alta fiabilidad en estudios como el de Alonso et al (1998) (con unos resultados que muestran todos los valores del alfa de Cronbach mayores de 0,7 (señalado para realizar las comparaciones por grupos), y en la que 4 dimensiones presentaban coeficientes iguales o superiores al valor de 0,9 (valor sugerido como el nivel de precisión necesario para poder utilizar las puntuaciones del cuestionario a nivel individualizado)), o el de Olano y Vivar (2011) (con una consistencia interna $r = 0,847$, con un alfa de Cronbach de entre 0,74 y 0,97, con una correlación $r = 0,636$).

Con el uso de ambos test, conseguimos explorar todas las necesidades, tanto familiares como del paciente, sobre seguridad, información, proximidad, apoyo, confort, toma de decisiones, cuidado al paciente, cualidades del profesional y satisfacción general con la atención (Olano y Vivar, 2011).

3.4. PROCEDIMIENTO

A todos los pacientes que vayan a ser operados como a los familiares se les invitará a participar en el estudio el día de ingreso (el día antes de la cirugía). Este periodo de reclutamiento se inició el 1 de noviembre de 2016 hasta el 30 de junio de 2017, cuando se consiguió el número de participantes en ambos grupos. De todos los que aceptaron, se les incluyó en el grupo de intervención o en el grupo control según la semana en la que fueron operados de forma aleatoria, para así evitar que los pacientes ingresados en la misma habitación en el preoperatorio, o los familiares en la sala de espera, compartieran información sobre el estudio.

Así, el grupo de intervención está formado por los pacientes y familiares a quienes previamente se les ha permitido realizar una visita a la UCI un día fijado con el investigador, de lunes a viernes. Estudios como el de Chien, Chiu, Lam, y Ip (2006) realizaron dos intervenciones a los familiares el segundo y tercer día de ingreso de una hora cada una tras valorar las necesidades informativas de forma individualizada según las necesidades señaladas con los resultados obtenidos gracias al uso del CCFNI. En nuestro caso, la visita se realizó con el paciente y el familiar de forma previa al ingreso. En esta visita, una enfermera les informó de los horarios de visita del servicio y de cuándo y cómo recibirían la información médica sobre la evolución de la persona ingresada. Posteriormente, se les enseñó un box estándar libre, en el que se les explicó qué elementos constituyen esta habitación y para qué sirve cada uno. También se les informó del tipo de personal que se encuentra en el servicio, qué funciones desempeñan y cómo poder reconocerlos. Además, se les informó de los objetos que necesitaría el paciente durante su estancia en UCI. En

todo momento tanto el familiar como el paciente pudieron preguntar las dudas que tuvieron sobre su ingreso en UCI. Esta visita se realizó en 1 hora (Anexo 5).

En cuanto a los pacientes y familiares del grupo control, se continuó con la rutina habitual que se lleva en el centro, que consiste en la entrega de la hoja informativa al ingreso en UCI (Anexo 6).

El día previo a la intervención quirúrgica se les pasó a todos los participantes tanto el HADS como el IES-R. A los 3 días del alta de la UCI, se pasó el HADS, el IES-R, el CCFNI y el FS-ICU 36. Por último, a los 90 días, se administró de nuevo los cuestionarios HADS e IES-R aprovechando la revisión en el hospital por el especialista, y si no fue posible, de manera telefónica, enviándolos al domicilio del paciente por correo en caso de no localizarle de las dos formas previas (Davydow, Zatzick, Hough, y Katon, 2013; Jones et al., 2010; Sundararajan, Martin, Rajagopala, y Chapman, 2014).

3.5. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño de la muestra se calculó con el software de tamaño muestral GP Power 3.1.9.2 tomando como referencia un estudio en el que se investigó el efecto de un programa de educación a los familiares de los pacientes ingresados en UCI en base a sus necesidades valoradas con el CCFNI en su versión para la población china (C-CCFNI) de Chien et al (Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006), obteniendo que la puntuación del C-CCFNI en el grupo experimental era de $145,58 \pm 15,91$ en

comparación con la del grupo control de $132,05 \pm 13,55$. En nuestro estudio se fija un error α de 0,05 y una potencia de análisis deseada del 70% ($\beta = 30\%$) unilateral y un tamaño del efecto moderado a grande ($d=0,75$) con el fin de detectar cambios sustanciales como consecuencia de la intervención en el grupo experimental (Cohen, 1988). Teniendo en cuenta todos estos datos, obtenemos un tamaño muestral de 18 individuos por grupo independiente. En el caso de nuestro estudio, hemos recogido un total de 19 individuos en cada grupo independiente, por lo que comparamos 19 pacientes en el grupo control con 19 pacientes en el grupo experimental, así como comparamos 19 familiares en el grupo control y 19 familiares en el grupo experimental.

3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales para resumir las características clínicas y sociodemográficas, y los datos previos a la intervención, a los 3 días, y los 90 días posteriores a la intervención, realizándose comparaciones entre el grupo control y experimental.

Las variables cuantitativas se describieron como su media, desviación estándar (DS), mediana, límite superior y límite inferior, con un intervalo de confianza del 95%. Las variables cualitativas, se presentaron con su distribución de frecuencias y porcentajes.

Se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov para una muestra (procedimiento NPTESTS) para determinar si las variables cuantitativas del estudio (test CCFNI y FS-ICU 36) provienen de una distribución normal (Ferrán Aranaz, 2001). Para el resto de variables cuantitativas, se realizó la prueba de Shapiro Wilks, para determinar si estas variables provenían de una distribución normal o no normal.

Se usó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas con distribución no normal, y la prueba de t de student pareada en las variables cuantitativas con distribución normal para comparar los resultados obtenidos a lo largo del tiempo.

Se utilizó el test no paramétrico con la prueba no paramétrica de Mann-Whitney (procedimiento NPTESTS) para la comparación de variables cuantitativas CCFNI y FS-ICU 36 entre dos grupos, o la t de student independiente para establecer si había diferencias entre grupos (Ferrán Aranaz, 2001).

Se utilizó el test de Chi Cuadrado para valorar si había diferencias entre las variables cualitativas.

Se utilizó un análisis de medidas repetidas (análisis GLM) para poder conocer el comportamiento de los grupos de un factor inter-sujeto (HADS (tanto en las subescalas ansiedad y depresión, y en la puntuación general) e IES-R (en la puntuación general)) en un factor intra-sujeto (tiempo) (Ferrán Aranaz, 2001).

Los datos se analizaron con un software estadístico IBM SPSS Statistics, versión 22.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago, Illinois). El nivel estadísticamente significativo se fijó en una $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95 %.

4.

RESULTADOS



4. RESULTADOS

El resultado del test de *Shapiro Wilks* para comprobar si las variables recogidas de tipo cuantitativo pertenecen a una distribución normal o no, queda recogido en la Tabla 1. Como se puede observar, no existen diferencias significativas en las variables recogidas para ambas poblaciones.

Tabla 1. Normalidad de las variables estudiadas para la población total, grupo control y experimental.

	POBLACIÓN TOTAL (n=76)		GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
			TOTAL (n=38)			PACIENTES (n=19)			FAMILIARES (n=19)			TOTAL (n=38)		
	E	P	E	P	P	E	P	P	E	P	P	E	P	P
Edad	0,137	0,137	0,106	0,200	0,145	0,300	0,104	0,300	0,104	0,300	0,139	0,200	0,203	0,088
Peso	0,081	0,081	0,175	0,005	0,340	0,005	0,244	0,004	0,244	0,004	0,116	0,200	0,238	0,006
Talla	0,134	0,134	0,163	0,013	0,163	0,300	0,239	0,000	0,239	0,000	0,126	0,200	0,130	0,200
IMC	0,573	0,573	0,117	0,200	0,129	0,300	0,168	0,300	0,168	0,300	0,100	0,200	0,131	0,200
Días de estancia	0,337	0,337	0,382	0,000	0,381	0,000	0,381	0,000	0,381	0,000	0,303	0,300	0,303	0,000
Días con ventilación mecánica	0,413	0,413	0,484	0,000	0,483	0,000	0,483	0,000	0,483	0,000	0,400	0,300	0,400	0,000
Días con benzodiacepinas	0,399	0,399	0,419	0,000	0,417	0,000	0,417	0,000	0,417	0,000	0,410	0,300	0,410	0,000

Abreviaturas:IMC, índice de masa corporal; n= número de sujetos; E, estadístico; p, Significación. Significación estadística para un valor $p<0,05$, con un intervalo de confianza del 95% .

Estos resultados de normalidad también los hemos calculado para las variables sociodemográficas atendiendo al sexo (Tabla 2). Las variables que tienen una distribución normal en el grupo de hombres son la “edad”, el “peso” y el “IMC” ($p>0,05$), y no presentan una distribución normal las variables “talla”, “días de estancia”, “días con ventilación mecánica” y “días con benzodiacepinas” ($p<0,05$). En el caso de las mujeres, las variables que tienen una distribución normal son “peso”, “talla” e “IMC” ($p>0,05$), siendo variables que no presentan una distribución normal la “edad”, los “días de estancia”, los “días con ventilación mecánica” y los “días con benzodiacepinas”.

Tabla 2. Distribución de la normalidad de las variables sociodemográficas estudiadas para hombres y mujeres.

	HOMBRES (n=38)		MUJERES (n=38)	
	E	P	E	P
Edad	0,101	0,200	0,159	0,017
Peso	0,128	0,121	0,125	0,138
Talla	0,147	0,036	0,141	0,055
IMC	0,139	0,063	0,075	0,200
Días de estancia	0,346	0,000	0,341	0,000
Días con ventilación mecánica	0,434	0,000	0,415	0,000
Días con benzodiacepinas	0,401	0,000	0,408	0,000

Abreviaturas:IMC, índice de masa corporal; n= número de sujetos; E, estadístico; p, Significación. Significación estadística para un valor $p<0,05$, con un intervalo de confianza del 95%.

En las Tablas 3 y 4, se muestran los resultados con las características clínicas y sociodemográficas en la población total y según su sexo (Tabla 3) y según el grupo de intervención (Tabla 4).

Las variables cuantitativas con una distribución normal tanto para hombres como para mujeres se calculó su nivel de significación con el test “t de student” para muestras independientes (en el caso de las variables “peso” e “IMC”), y con “U de Mann Whitney” en el caso de que en uno de los grupos o en ambos no siguieran esta normalidad (para las variables “edad”, “talla”, “días de estancia”, “días con ventilación mecánica” y “días con benzodiazepinas”). En el caso de las variables cualitativas, se utilizó el test de chi cuadrado.

Entre los valores $p < 0,05$ obtenidos, encontramos las variables “peso”, “talla” y “creencia”, con unos valores de 0,001, 0,001 y 0,035 respectivamente. En cuanto a las variables “uso de terapia renal sustitutiva”, “defunción del paciente”, y “número de visitas al día”, no se pudieron calcular porque son constantes.

Para la variable “peso”, la media se sitúa para los hombres en 80,74 kg, con una desviación estándar de 12,25kg, una mediana de 80,00kg, teniendo un mínimo de 56,20kg y un máximo de 107,00kg. En el caso de las mujeres, el “peso” medio era de 66,69kg, con una desviación estándar de 11,20kg, una mediana de 69,50kg, un mínimo de 41,00kg y un peso máximo de 95,00kg.

Sobre la “talla” de los sujetos, para los hombres la media es de 1,70m, con una desviación típica de 0,09m, una mediana de 1,68m, un mínimo de 1,53m y un máximo de 1,85m. En el caso de las mujeres, la media es de 1,59m, con una desviación típica de 0,06m, una mediana de 1,60m, un mínimo de 1,45m y un máximo de 1,70m.

Poniendo nuestra atención en la variable “creencia”, en el grupo de los hombres es mayoritaria la creencia cristiana, con 25 hombres (65,8%), seguidos de los 9 hombres que se declaran aconfesionales (23,7%), y los 4 hombres declarados ateos (10,5%), no teniendo en este grupo ningún testigo de jehová ni musulmán. En el grupo de las mujeres, la creencia cristiana también es mayoritaria (30 mujeres (78,9%)). En segundo lugar encontramos las mujeres que se declaran aconfesionales (4 mujeres (10,5%)), y por último 2 mujeres que se declaran testigo de jehová, y 2 mujeres que se declaran musulmanas (5,3% cada grupo), no teniendo ninguna mujer que se declare atea.

En esta tabla vemos que sólo existen diferencias significativas entre hombres y mujeres del estudio en las variables “peso”, “talla” y “creencia” ($p < 0,05$), y el resto de variables (“edad”, “IMC”, “días de estancia”, “días con ventilación mecánica”, “días con benzodiacepinas”, “grupo”, “sujeto”, “educación”, “enfermedad psiquiátrica previa”, “experiencia como paciente”, “experiencia como familiar”, “reintervención”, “uso de hemoderivados”, “re-intubación”, “episodio de delirio”, “secuelas físicas al alta”, “nº visitas al día”, “parentesco entre paciente y familiar”, “relación con el paciente en su vida habitual”, “cercanía al hospital” y “toma de decisiones”) no se encuentran diferencias significativas ($p > 0,05$), por lo que los dos grupos formados por hombres y mujeres se consideran que son homogéneos, excepto en sus creencias, ya que es normal que el peso y la talla sean diferentes entre hombres y mujeres, resaltando que no hay diferencias en el IMC según el sexo.

Tabla 3: Características clínicas y sociodemográficas en la población en total y según su sexo

	HOMBRES			MUJERES			VALOR P		
	TOTAL (n=38)	PACIENTE (n=20)	FAMILIAR (n=18)	TOTAL (n=38)	PACIENTE (n=18)	FAMILIAR (n=20)	Hombres frente a mujeres	Hombres frente a mujeres	Hombres frente a mujeres
	Media ± DS / Mediana (IC95%) (I.L.,L.S.)	Media ± DS / Mediana (IC95%) (I.L.,L.S.)	Media ± DS / Mediana (IC95%) (I.L.,L.S.)	Media ± DS / Mediana (IC95%) (I.L.,L.S.)	Media ± DS / Mediana (IC95%) (I.L.,L.S.)	Media ± DS / Mediana (IC95%) (I.L.,L.S.)			
Edad (años)	61,80 ± 13,06 / 63,00 (55,00 – 81,00)	69,75 ± 8,46 / 5,70 (60,04-75,45)	55,05 ± 11,87 / 5,29 (47,00-58,42)	60,16 ± 17,28 / 66,50 (23,00 – 82,00)	69,11 ± 10,20 / 4,71 (64,39-73,02)	52,10 ± 18,98 / 0,15 (43,96-60,23)	0,809 *	0,854 *	0,952 *
Peso (Kg)	80,74 ± 12,25 / 80,00 (56,20 – 107,00)	80,81 ± 14,21 / 6,23 (74,56-87,04)	80,66 ± 10,04 / 4,64 (76,02-85,30)	66,69 ± 11,20 / 69,50 (41,00 – 95,00)	67,35 ± 9,87 / 4,56 (62,79-71,91)	66,10 ± 12,50 / 5,48 (60,61-71,58)	0,000 ***	0,002 ***	0,000 ***
Talla (m)	1,70 ± 0,09 / 1,68 (1,55 – 1,85)	1,66 ± 0,09 / 0,04 (1,55-1,75)	1,71 ± 0,10 / 0,04 (1,67-1,76)	1,66 ± 0,09 / 1,60 (1,45 – 1,70)	1,66 ± 0,09 / 0,02 (1,55-1,66)	1,61 ± 0,07 / 0,05 (1,58-1,65)	0,000 *	0,000 *	0,001 *
IMC (Kg/m ²)	27,82 ± 3,51 / 27,15 (21,74 – 37,40)	28,17 ± 3,76 / 1,05 (26,32-29,82)	27,43 ± 3,20 / 1,51 (25,92-28,94)	26,35 ± 4,42 / 26,19 (16,97 – 37,11)	27,61 ± 3,76 / 1,73 (25,89-29,35)	25,21 ± 4,75 / 2,06 (23,15-27,29)	0,114 ***	0,055 ***	0,106 ***

Abreviaturas: DS, Desviación estándar; Kg, Kilogramo; m, metros; IMC, Índice de masa corporal; IC95%, Intervalo de Confianza al 95%; I.L., límite inferior; L.S., límite superior. Significación

estadística para un valor p<0,05, con un intervalo de confianza del 95%. *U de Mann-Whitney. ***T student independiente.

En la tabla 4 se muestran los resultados con las características clínicas y sociodemográficas en la población perteneciente al grupo control y al grupo experimental

Las variables cuantitativas con una distribución normal tanto para el grupo control como para el grupo experimental se calculó su nivel de significación con el test “t de student” para muestras independientes (en el caso de las variables edad, e IMC), y con “U de Mann Whitney” en el caso de que en uno de los grupos o en ambos no siguieran esta normalidad (para las variables peso, talla, días de estancia, días con ventilación mecánica y días con benzodiacepinas). En el caso de las variables cualitativas, se utilizó el test de chi cuadrado.

Ninguna de las variables obtuvieron un valor $p < 0,05$, excepto las variables “uso de terapia renal sustitutiva”, “defunción del paciente”, y “número de visitas al día”, que no se pudieron calcular porque son constantes.

En esta tabla vemos que no existen diferencias significativas entre el grupo control y el experimental del estudio en ninguna de las variables ($p > 0,05$), siendo ambos grupos homogéneos.

Tabla 4: Características clínicas y sociodemográficas según grupo control y experimental entre pacientes y familiares.

	GRUPO CONTROL			GRUPO EXPERIMENTAL			VALOR P	
	TOTAL (n=38)	PACIENTE (n=19)	FAMILIAR (n=19)	TOTAL (n=38)	PACIENTE (n=19)	FAMILIAR (n=19)	grupo control frente al grupo experimental	paciente del grupo control frente al grupo experimental
	Media \pm DS / Mediana (IC95%) (LL-LS)	Media \pm DS / Mediana (IC95%) (LL-LS)	Media \pm DS / Mediana (IC95%) (LL-LS)	Media \pm DS / Mediana (IC95%) (LL-LS)	Media \pm DS / Mediana (IC95%) (LL-LS)	Media \pm DS / Mediana (IC95%) (LL-LS)		paciente del grupo control frente al grupo experimental
Edad (años)	60,11 \pm 15,72 / 62,50 (23,00-81,00)	67,78 \pm 10,45 / 4,70 (63,08-72,40)	52,42 \pm 16,55 / 7,44 (25,86-59,86)	61,80 \pm 14,90 / 67,00 (35,00-82,00)	71,10 \pm 7,68 / 3,45 (67,64-74,56)	52,68 \pm 14,78 / 6,64 (46,08-59,33)	0,612 ***	0,272 ***
Peso (kg)	75,59 \pm 14,11 / 71,15 (50,00-109,80)	75,13 \pm 14,44 / 6,40 (68,63-81,62)	76,05 \pm 14,16 / 6,36 (61,88-82,42)	71,84 \pm 13,05 / 75,00 (41,00-107,00)	73,74 \pm 13,81 / 6,21 (67,53-79,05)	69,04 \pm 12,32 / 5,54 (64,40-75,48)	0,685 *	0,763 ***
Talla (m)	1,65 \pm 0,10 / 1,65 (1,45-1,85)	1,63 \pm 0,12 / 0,05 (1,58-1,50)	1,50 \pm 0,09 / 0,03 (1,61-1,73)	1,62 \pm 0,09 / 1,61 (1,45-1,85)	1,61 \pm 0,07 / 0,03 (1,58-1,65)	1,63 \pm 0,10 / 0,04 (1,58-1,67)	0,084 *	0,530 ***
IMC (Kg/m ²)	27,08 \pm 3,97 / 26,56 (18,37-37,11)	27,87 \pm 3,97 / 1,74 (26,13-29,61)	26,30 \pm 4,02 / 1,81 (22,28-28,11)	27,08 \pm 4,14 / 26,77 (19,50-37,46)	27,84 \pm 3,67 / 1,65 (26,29-29,59)	26,22 \pm 4,50 / 2,02 (24,19-28,24)	0,937 ***	0,951 ***
Días de estancia	8,00 \pm 12,77 / 3,00 (1,00-44,00)	8 \pm 12,85 / 5,82 (2,17-13,82)	8 \pm 12,95 / 5,82 (-4,95-13,82)	4,00 \pm 3,30 / 3,00 (2,00-14,00)	4,00 \pm 3,34 / 1,50 (2,49-5,50)	4 \pm 3,34 / 1,50 (2,49-5,50)	0,268 *	0,200 ***
Días con ventilación mecánica	5,47 \pm 6,82 / 1,00 (1,00-23,00)	5,47 \pm 6,91 / 3,10 (0,36-8,36)	3,47 \pm 6,91 / 3,10 (-3,46-8,36)	1,03 \pm 1,47 / 1,00 (1,00-7,00)	1,03 \pm 1,49 / 0,07 (0,95-2,30)	1,03 \pm 1,49 / 0,07 (0,95-2,30)	0,448 *	0,203 ***
Días con betrodiocepinas	6,42 \pm 13,33 / 1,00 (1,00-44,00)	6,42 \pm 13,34 / 6,08 (0,33-12,50)	6,42 \pm 13,34 / 6,08 (-7,12-12,50)	1,03 \pm 1,50 / 1,00 (1,00-7,00)	1,03 \pm 1,52 / 0,03 (0,99-2,37)	1,03 \pm 1,52 / 0,03 (0,99-2,37)	0,037 *	0,158 ***

sexo	VALOR 9									
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Valor 9	Valor 9
Hombre	21 (55,3%)	11 (57,0%)	10 (52,6%)	17 (44,7%)	9 (47,4%)	8 (42,1%)	0,350	0,516	0,516 **	0,516 **
Mujer	17 (44,7%)	8 (42,1%)	9 (47,4%)	21 (52,6%)	10 (52,6%)	11 (57,0%)				
Educación										
Sin estudios	8 (21,1%)	6 (31,0%)	2 (10,5%)	9 (22,7%)	7 (36,8%)	2 (10,5%)			0,303 **	0,179 **
E. primaria	4 (10,5%)	2 (10,5%)	2 (10,5%)	10 (26,3%)	3 (15,8%)	7 (36,8%)				
E. secundaria	8 (21,1%)	5 (26,3%)	3 (15,8%)	9 (22,7%)	4 (21,1%)	5 (26,3%)				
Bachillerato	7 (18,4%)	1 (5,3%)	6 (31,6%)	6 (15,8%)	4 (21,1%)	2 (10,5%)				
E. universitarios	11 (28,0%)	5 (26,3%)	6 (31,6%)	4 (10,5%)	1 (5,3%)	3 (15,8%)				
Creencia										
crisiana	19 (76,5%)	15 (78,9%)	10 (73,7%)	28 (69,8%)	15 (80,0%)	15 (80,0%)			0,207 **	0,703 **
Ateo	3 (7,5%)	2 (10,5%)	1 (5,3%)	1 (2,6%)	0 (0%)	1 (5,3%)				
Testigo de Jehová	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)				
Aconfesional	0 (15,8%)	2 (10,5%)	4 (21,1%)	7 (18,4%)	4 (21,1%)	3 (15,8%)				
Musulmán	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)				
enfermedad psiquiátrica										
previa									0,250 **	0,517 **
Si	2 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	5 (12,2%)	3 (15,8%)	2 (10,5%)				
No	30 (84,7%)	18 (84,7%)	18 (84,7%)	35 (80,0%)	16 (84,2%)	17 (85,7%)				
Experiencia como paciente										
Si	8 (21,1%)	6 (31,6%)	2 (10,5%)	8 (21,1%)	4 (21,1%)	4 (21,1%)			0,461 **	0,374 **
No	30 (78,0%)	13 (68,4%)	17 (89,5%)	30 (78,0%)	15 (78,0%)	15 (78,0%)				
Experiencia como familiar										
Si	11 (28,5%)	10 (52,6%)	11 (57,9%)	15 (39,5%)	8 (42,1%)	7 (36,8%)			0,188 **	0,193 **
No	17 (44,7%)	9 (47,4%)	8 (42,1%)	25 (60,5%)	11 (57,9%)	11 (57,9%)				
Reintervención										
Si	6 (15,8%)	5 (15,8%)	4 (21,1%)	6 (15,8%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)			0,701 **	0,676 **
No	32 (84,2%)	16 (84,2%)	15 (78,9%)	32 (84,2%)	16 (84,2%)	16 (84,2%)				

Uso de terapia renal sustitutiva	Frecuencia (%)		Frecuencia (%)		Frecuencia (%)		Frecuencia (%)		Frecuencia (%)		VALOR P		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	No se calcula porque es constante	No se calcula porque es constante	No se calcula porque es constante
Uso de hemoderivados	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)
	24 (63,2%)	14 (36,8%)	12 (30,2%)	7 (36,8%)	12 (30,2%)	7 (36,8%)	12 (30,2%)	7 (36,8%)	12 (30,2%)	7 (36,8%)	12 (30,2%)	7 (36,8%)	12 (30,2%)
Re-intubación	6 (15,8%)	52 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)
	6 (15,8%)	52 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)
Definición del paciente	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)
	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)
Episodio de delirio	10 (26,3%)	28 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)
	10 (26,3%)	28 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	14 (73,7%)	5 (26,3%)
Secuelas físicas al alta	18 (47,4%)	20 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)
	18 (47,4%)	20 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)
Nº visitas al día	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)
	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	38 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)

	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Valor p
parentesco en el paciente y familiar								
Pareja	18 (42,1%)	8 (22,1%)	8 (22,1%)	18 (42,1%)	18 (42,1%)	8 (22,1%)	8 (22,1%)	0,550 **
Madre/padre	8 (21,1%)	8 (22,1%)	0 (0%)	10 (26,5%)	10 (26,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0,550 **
Hijo/a	8 (21,1%)	0 (0%)	8 (22,1%)	10 (26,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,550 **
Hermano/o	4 (10,5%)	10 (26,5%)	2 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,550 **
Amigo/a	2 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,550 **
Relación con el paciente en su vida habitual								
Vive con él	22 (57,0%)	11 (57,0%)	11 (57,0%)	24 (63,2%)	12 (63,2%)	12 (63,2%)	12 (63,2%)	0,743 **
Varias veces a la semana	6 (15,8%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	6 (15,8%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	0,743 **
Semanalmente	4 (10,5%)	2 (10,5%)	2 (10,5%)	6 (15,8%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	0,743 **
Mensualmente	6 (15,8%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	2 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	0,743 **
Anualmente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,743 **
Cercanía al hospital								
Misma ciudad	12 (31,6%)	6 (31,6%)	6 (31,6%)	8 (21,1%)	4 (21,1%)	4 (21,1%)	4 (21,1%)	0,297 **
Distinta ciudad	26 (68,4%)	13 (68,4%)	13 (68,4%)	30 (78,0%)	15 (78,0%)	15 (78,0%)	15 (78,0%)	0,297 **
forma de decisiones								
No decide	21 (55,9%)	19 (100%)	2 (10,5%)	19 (50%)	19 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0,728 **
Solo	8 (21,1%)	0 (0%)	8 (42,1%)	11 (28,5%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (28,5%)	0,728 **
En grupo	9 (23,7%)	0 (0%)	9 (47,4%)	8 (21,1%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (21,1%)	0,728 **

Abreviaturas: DS, Desviación estándar; kg, Kilogramo; m, metros; IMC, índice de masa corporal, IC95% Intervalo de Confianza al 95%; L.I., límite inferior; L.S., límite superior. Significación estadística para un valor $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. *Wilcoxon-Mann-Whitney ** Chi cuadrado ***T student independiente.

En la tabla 5 podemos ver los resultados cuando comparamos las puntuaciones de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) entre los pacientes del grupo control y del grupo experimental, y entre los familiares del grupo control y del grupo experimental.

Así, podemos apreciar que no existen diferencias significativas entre los pacientes del grupo control y del grupo experimental, y entre los familiares del grupo control y del experimental del estudio en ninguna de las variables ($p > 0,05$) para la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Tabla 5. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) entre los grupos control y experimental entre pacientes y familiares.

			GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		VALOR P	
			PACIENTE Media \pm DS (IC 95%)	FAMILIAR Media \pm DS (IC 95%)	PACIENTE Media \pm DS (IC 95%)	FAMILIAR Media \pm DS (IC 95%)	Paciente del grupo control frente al grupo experimental	Familiar del grupo control frente al grupo experimental
ANSIEDAD	Pretest		7,26 \pm 4,17 5,38 - 9,14	8,84 \pm 5,11 6,54 - 11,14	8,83 \pm 4,85 6,44 - 10,81	8,52 \pm 4,78 6,37 - 10,67	0,178	0,433
	Post-test 3 días al alta		7,18 \pm 4,16 4,33 - 9,87	6,78 \pm 5,60 4,36 - 9,80	6,89 \pm 5,11 4,59 - 9,19	7,42 \pm 4,98 5,18 - 9,66	0,454	0,408
	Post-test 90 días al alta		5,36 \pm 4,18 2,58 - 8,14	5,26 \pm 4,75 3,13 - 7,40	6,89 \pm 5,32 4,50 - 9,28	6,47 \pm 5,26 4,13 - 8,81	0,218	0,408
DEPRESION	Pretest		5,08 \pm 3,74 3,31 - 6,68	5,85 \pm 4,23 3,14 - 8,95	5,68 \pm 3,40 4,15 - 7,21	4,73 \pm 4,09 2,89 - 6,57	0,279	0,357
	Post-test 3 días al alta		5,15 \pm 5,10 2,86 - 7,45	5,43 \pm 4,40 3,44 - 7,89	6,78 \pm 5,07 4,50 - 9,87	5,94 \pm 5,03 3,68 - 8,21	0,164	0,366
	Post-test 90 días al alta		2,68 \pm 6,00 0,01 - 5,38	1,73 \pm 4,10 0,11 - 3,58	3,89 \pm 5,85 1,26 - 6,52	2,94 \pm 5,66 0,40 - 5,49	0,266	0,349
PUNTUACIÓN GENERAL DEL TEST	Pretest		12,26 \pm 7,50 8,88 - 15,63	13,89 \pm 8,62 10,01 - 17,77	14,32 \pm 6,79 11,25 - 17,37	13,26 \pm 8,00 9,66 - 16,86	0,191	0,209
	Post-test 3 días al alta		12,26 \pm 10,34 7,61 - 16,91	12,31 \pm 9,32 8,81 - 16,40	13,68 \pm 9,11 9,58 - 17,78	13,36 \pm 8,97 9,33 - 17,48	0,337	0,237
	Post-test 90 días al alta		8,05 \pm 10,43 3,35 - 13,74	7,80 \pm 7,86 3,46 - 10,53	10,78 \pm 9,77 6,39 - 15,18	9,42 \pm 9,73 5,04 - 13,79	0,266	0,202

Abreviaturas: DS, Desviación estándar; IC, Intervalo de confianza. Significación estadística para un valor $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. A mayor puntuación, mayor número e intensidad de síntomas de ansiedad (en la subescala de ansiedad), depresión (subescala de depresión), o de desorden depresivo mayor (en el caso de la puntuación general del test).

En la Tabla 6 podemos ver los resultados cuando comparamos las puntuaciones de la Escala de Impacto del Estresor Revisada -(IES-R) entre los pacientes del grupo control y del grupo experimental, y entre los familiares del grupo control y del grupo experimental.

Así, podemos apreciar que no existen diferencias significativas entre los pacientes del grupo control y del grupo experimental, y entre los familiares del grupo control y del experimental del estudio en ninguna de las variables ($p > 0,05$) para la Escala de Impacto del Estresor Revisada (IES-R).

Tabla 6. Puntuaciones de la Escala de Impacto del Estresor Revisada (IES-R) entre los grupos control y experimental entre pacientes y familiares.

	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		VALOR P	
	PACIENTE Media \pm DS (IC 95%)	FAMILIAR Media \pm DS (IC 95%)	PACIENTE Media \pm DS (IC 95%)	FAMILIAR Media \pm DS (IC 95%)	Paciente del grupo control frente al grupo experimental	Familiar del grupo control frente al grupo experimental
Pretest	5,73 \pm 6,00 3,03 – 8,43	6,10 \pm 7,03 2,94 – 9,26	5,78 \pm 5,90 3,13 – 8,44	6,15 \pm 7,58 2,74 – 9,56	0,489	0,491
Post-test 3 días al alta	17,15 \pm 21,26 7,59 – 26,72	15,78 \pm 21,45 6,14 – 25,43	15,10 \pm 18,87 6,61 – 23,59	18,15 \pm 18,34 9,90 – 26,40	0,377	0,358
Post-test 90 días al alta	12,47 \pm 14,97 5,74 – 19,20	8,21 \pm 13,10 2,31 – 14,10	17,78 \pm 14,17 11,41 – 24,16	13,84 \pm 16,08 6,61 – 21,07	0,134	0,122

Abreviaturas: DS, Desviación estándar; IC, Intervalo de confianza. Significación estadística para un valor $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. A mayor puntuación, mayor estresor.

En la Tabla 7 podemos ver los resultados cuando comparamos las puntuaciones del Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) entre los pacientes del grupo control y del grupo experimental, y entre los familiares del grupo control y del grupo experimental.

Así, podemos apreciar que no existen diferencias significativas entre los pacientes del grupo control y del grupo experimental, y entre los familiares del grupo control y del experimental del estudio en ninguna de las variables ($p > 0,05$) para el Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI).

Tabla 7. Puntuaciones del Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) entre los grupos control y experimental entre pacientes y familiares.

	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		VALOR P	
	PACIENTE Media \pm DS (IC 95%)	FAMILIAR Media \pm DS (IC 95%)	PACIENTE Media \pm DS (IC 95%)	FAMILIAR Media \pm DS (IC 95%)	Paciente del grupo control frente al grupo experimental	Familiar del grupo control frente al grupo experimental
ATENCIÓN MEDICA	1,63 \pm 1,53 0,94 – 2,33	1,66 \pm 1,53 0,99 – 2,37	1,84 \pm 2,14 0,87 – 2,80	1,84 \pm 2,14 0,87 – 2,80	0,364	0,397
COMUNICACIÓN	1,94 \pm 1,98 1,05 – 2,84	1,94 \pm 1,98 1,05 – 2,84	1,78 \pm 2,43 0,69 – 2,88	1,78 \pm 2,43 0,69 – 2,88	0,414	0,414
ATENCIÓN PERSONAL	2,68 \pm 1,79 1,87 – 3,49	2,68 \pm 1,79 1,87 – 3,49	3,42 \pm 2,24 2,41 – 4,43	3,36 \pm 2,29 2,33 – 4,39	0,135	0,156
MEJORAS	2,47 \pm 2,96 2,04 – 2,90	3,03 \pm 1,49 2,95 – 4,38	2,31 \pm 0,91 1,79 – 2,82	3,31 \pm 2,05 2,39 – 4,24	0,197	0,295
PUNTUACIÓN GENERAL	8,73 \pm 3,94 6,96 – 10,50	9,94 \pm 3,65 8,38 – 11,50	9,36 \pm 6,49 6,34 – 12,18	10,31 \pm 5,85 7,68 – 12,94	0,383	0,408

Abreviaturas: DS, Desviación estándar; IC, Intervalo de confianza. Significación estadística para un valor $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. A mayor puntuación, mayor satisfacción con la atención recibida.

En la Tabla 8 podemos ver los resultados cuando comparamos las puntuaciones del cuestionario de *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 36) entre los pacientes del grupo control y del grupo experimental, y entre los familiares del grupo control y del grupo experimental.

Así, podemos apreciar que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los pacientes del grupo control y del grupo experimental para las preguntas 1-6 “apoyo emocional” ($p = 0,020$), la pregunta 2-2 “facilidad para conseguir información” ($p = 0,041$), la pregunta 2-9 “¿sintió usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar?” ($p = 0,041$), la pregunta 2-10 “cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?” ($p = 0,002$), y la puntuación total de la 2ª parte “satisfacción de la familia con la toma de decisiones en el cuidado de pacientes críticos” ($p = 0,001$).

También se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los familiares del grupo control y del grupo experimental para las preguntas 1-6 “apoyo emocional” ($p = 0,020$), la pregunta 1-14 “algunas personas quieren todo hecho para sus problemas de salud mientras que otras no quieren que mucho sea hecho ¿Cuál es su satisfacción de acuerdo al nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI?” ($p = 0,035$), la pregunta 2-10 “cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?” ($p = 0,005$), y la puntuación total de la 2ª parte “satisfacción de la familia con la toma de decisiones en el cuidado de pacientes críticos” ($p = 0,003$).

Tabla 8. Puntuaciones del cuestionario *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 36) entre los grupos control y experimental entre pacientes y familiares.

	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		VALOR P	
	PACIENTE Media \pm DS (IC 95%)	FAMILIAR Media \pm DS (IC 95%)	PACIENTE Media \pm DS (IC 95%)	FAMILIAR Media \pm DS (IC 95%)	Paciente del grupo control frente al grupo experimental	Familiar del grupo control frente al grupo experimental
PREGUNTA 1-1 Preocupación y cuidado del personal de UCI	1,63 \pm 0,76 1,28 – 1,97	1,63 \pm 0,76 1,28 – 1,97	1,52 \pm 0,90 1,11 – 1,93	1,52 \pm 0,90 1,11 – 1,93	0,350	0,350
PREGUNTA 1-2 Manejo de síntomas: dolor	1,78 \pm 1,03 1,32 – 2,25	1,78 \pm 1,03 1,32 – 2,25	1,52 \pm 0,84 1,14 – 1,90	1,52 \pm 0,84 1,14 – 1,90	0,197	0,197
PREGUNTA 1-3 Manejo de síntomas: disnea (falta de aliento)	2,63 \pm 1,89 1,78 – 3,48	2,63 \pm 1,89 1,78 – 3,48	2,52 \pm 1,71 1,75 – 3,29	2,52 \pm 1,71 1,75 – 3,29	0,429	0,429
PREGUNTA 1-4 Manejo de síntomas: agitación	2,47 \pm 1,80 1,66 – 3,28	2,47 \pm 1,80 1,66 – 3,28	2,68 \pm 1,73 1,90 – 3,46	2,68 \pm 1,73 1,90 – 3,46	0,358	0,358
PREGUNTA 1-5 Consideración de sus necesidades	1,57 \pm 1,01 1,12 – 2,03	1,57 \pm 1,01 1,12 – 2,03	2,68 \pm 1,73 1,90 – 3,46	1,84 \pm 1,21 1,29 – 2,38	0,236	0,236
PREGUNTA 1-6 Apoyo emocional	1,89 \pm 1,14 1,37 – 2,41	1,89 \pm 1,14 1,37 – 2,41	1,84 \pm 1,21 1,29 – 2,38	2,78 \pm 1,43 2,14 – 3,43	0,020	0,020
PREGUNTA 1-7 Coordinación del cuidado	1,84 \pm 1,34 1,23 – 2,44	1,84 \pm 1,34 1,23 – 2,44	2,78 \pm 1,43 2,14 – 3,43	1,78 \pm 1,18 1,25 – 2,32	0,449	0,449
PREGUNTA 1-8 Preocupación y cuidado del personal de UCI	1,78 \pm 1,03 1,32 – 2,25	1,78 \pm 1,03 1,32 – 2,25	2,05 \pm 1,31 1,46 – 2,64	2,05 \pm 1,31 1,46 – 2,64	0,248	0,248
PREGUNTA 1-9 Habilidades y competencia de las enfermeras de UCI	1,52 \pm 0,96 1,09 – 1,95	1,52 \pm 0,96 1,09 – 1,95	1,52 \pm 0,84 1,14 – 1,90	1,52 \pm 0,84 1,14 – 1,90	0,500	0,500
PREGUNTA 1-10 Frecuencia en la comunicación con las enfermeras	2,21 \pm 1,31 1,61 – 2,80	2,21 \pm 1,31 1,61 – 2,80	1,84 \pm 1,16 1,31 – 2,36	1,84 \pm 1,16 1,31 – 2,36	0,183	0,183
PREGUNTA 1-11 Habilidad y competencia de los médicos de UCI	1,57 \pm 1,26 1,01 – 2,14	1,63 \pm 1,25 1,06 – 2,19	1,31 \pm 0,67 1,01 – 1,61	1,31 \pm 0,67 1,01 – 1,61	0,213	0,170
PREGUNTA 1-12 El ambiente en la UCI	1,73 \pm 0,87 1,34 – 2,12	1,78 \pm 0,91 1,37 – 2,20	1,78 \pm 1,08 1,30 – 2,27	1,89 \pm 1,10 1,40 – 2,38	0,434	0,375
PREGUNTA 1-13 El ambiente en la sala de espera	0,26 \pm 1,14 -0,25 – 0,77	2,94 \pm 0,77 2,59 – 3,29	0,26 \pm 1,14 -0,25 – 0,77	3,10 \pm 1,14 2,58 – 3,62	0,500	0,311



PREGUNTA 1-14 Algunas personas quieren todo hecho para sus problemas de salud mientras que otras no quieren que mucho sea hecho ¿Cuál es su satisfacción de acuerdo al nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI?	0,42 ± 1,01 -0,03 – 0,87	3,15 ± 1,67 2,40 – 3,91	0,57 ± 1,42 -0,06 – 1,22	4,05 ± 1,26 3,48 – 4,62	0,348	0,035
TOTAL 1° PARTE Satisfacción con el cuidado	23,36 ± 11,39 18,24 – 28,49	28,89 ± 11,45 23,74 – 34,04	24,05 ± 10,38 19,38 – 28,72	30,47 ± 9,50 26,20 – 34,74	0,423	0,323
PREGUNTA 2-1 Frecuencia en la comunicación con los médicos de UCI	1,78 ± 0,97 1,35 – 2,22	1,84 ± 1,01 1,38 – 2,29	1,94 ± 1,12 1,43 – 2,45	2,05 ± 1,12 1,54 – 2,56	0,323	0,274
PREGUNTA 2-2 Facilidad para conseguir información	1,84 ± 0,83 1,46 – 2,21	1,94 ± 0,84 1,56 – 2,32	1,42 ± 0,60 1,14 – 1,69	1,52 ± 0,69 1,21 – 1,83	0,041	0,051
PREGUNTA 2-3 Comprensión de la información	2,05 ± 1,22 1,50 – 2,60	2,10 ± 1,19 1,56 – 2,64	1,52 ± 0,84 1,14 – 1,90	1,63 ± 0,89 1,22 – 2,03	0,065	0,087
PREGUNTA 2-4 Información honesta	2,05 ± 1,12 1,54 – 2,59	2,15 ± 1,11 1,65 – 2,66	1,57 ± 1,01 1,12 – 2,03	1,68 ± 1,05 1,20 – 2,15	0,091	0,094
PREGUNTA 2-5 Exhaustividad de la información	2,42 ± 1,42 1,77 – 3,06	2,63 ± 1,49 1,95 – 3,30	1,89 ± 1,19 1,35 – 2,43	2,00 ± 1,20 1,45 – 2,54	0,112	0,080
PREGUNTA 2-6 Consistencia de la información	2,36 ± 1,46 1,71 – 3,02	2,57 ± 1,53 1,88 – 3,27	1,78 ± 1,13 1,27 – 2,29	1,89 ± 1,14 1,37 – 2,41	0,090	0,064
PREGUNTA 2-7 ¿Se sintió usted excluido en el proceso de toma de decisiones?	3,94 ± 1,02 3,48 – 4,40	3,84 ± 1,01 3,38 – 4,29	3,31 ± 1,49 2,64 – 3,98	3,31 ± 1,49 2,64 – 3,98	0,068	0,105
PREGUNTA 2-8 ¿Se sintió usted apoyado en el proceso de toma de decisiones?	3,94 ± 0,91 3,53 – 4,35	3,84 ± 0,89 3,43 – 4,24	3,52 ± 1,12 3,02 – 4,03	3,52 ± 1,12 3,02 – 4,03	0,106	0,172
PREGUNTA 2-9 ¿Sintió usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar?	3,89 ± 0,87 3,50 – 4,28	3,78 ± 0,85 3,40 – 4,17	3,15 ± 1,57 2,45 – 3,86	3,15 ± 1,57 2,45 – 3,86	0,041	0,066
PREGUNTA 2-10 Cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?	2,15 ± 0,50 1,93 – 2,38	2,21 ± 0,53 1,96 – 2,45	1,68 ± 0,47 1,46 – 1,89	1,73 ± 0,56 1,48 – 1,98	0,002	0,005

so en una unidad de cuidados intensivos sobre la ansiedad, la depresión y la satisfacción en pacientes y familiares

PREGUNTA 2-11 En caso de fallecimiento del paciente: prolongación de la vida	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	1,000	1,000
PREGUNTA 2-12 En caso de fallecimiento del paciente: últimas horas de vida del paciente	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	1,000	1,000
PREGUNTA 2-13 En caso de fallecimiento del paciente: apoyo del equipo	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	0,00 ± 0,00 0,00 – 0,00	1,000	1,000
TOTAL 2º PARTE Satisfacción de la familia con la toma de decisiones en el cuidado de pacientes críticos	26,47 ± 4,99 24,22 – 28,71	26,94 ± 5,16 24,62 – 29,27	21,84 ± 3,87 20,09 – 23,58	22,52 ± 4,11 20,67 – 24,37	0,001	0,003
GENERAL	49,84 ± 15,62 42,81 – 56,86	55,84 ± 15,35 48,93 – 62,74	45,89 ± 11,29 40,81 – 50,97	53,00 ± 10,08 48,46 – 57,53	0,189	0,252

Abreviaturas: DS, Desviación estándar; IC, Intervalo de confianza. Significación estadística para un valor $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. A mayor puntuación, mayor satisfacción con la atención recibida.



En la Tabla 9 podemos ver las respuestas de los sujetos a las preguntas abiertas del cuestionario *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 36).

Así, podemos apreciar que no existen diferencias significativas entre los pacientes del grupo control y del grupo experimental, y entre los familiares del grupo control y del experimental del estudio en ninguna de las variables ($p > 0,05$) para las respuestas de las preguntas abiertas del cuestionario *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 36).

Tabla 9. Respuestas de los sujetos a las preguntas abiertas del cuestionario *Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit* (FS-ICU 36) (n=76).

	GRUPO CONTROL (n=38)		GRUPO EXPERIMENTAL (n=38)		VALOR P	
	PACIENTE (n=19) Frecuencia (%)	FAMILIAR (n=19) Frecuencia (%)	PACIENTE (n=19) Frecuencia (%)	FAMILIAR (n=19) Frecuencia (%)	Paciente del grupo control frente al grupo experimental	Familiar del grupo control frente al grupo experimental
Falta de tiempo en la información médica						
Si	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10,5%)	1,000	0,146
No	19 (100%)	19 (100%)	19 (100%)	17 (89,5%)		
Necesidad de mejorar la sala de información						
Si	0 (0%)	2 (10,5%)	0 (0%)	1 (5,3%)	1,000	0,547
No	19 (100%)	17 (89,5%)	19 (100%)	18 (94,7%)		
Ruido excesivo en la UCI						
Si	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	0,311	0,311
No	19 (100%)	19 (100%)	18 (94,7%)	18 (94,7%)		
Agradecimiento por los cuidados recibidos						
Si	5 (26,3%)	5 (26,3%)	9 (47,4%)	9 (47,4%)	0,179	0,179
No	14 (73,7%)	14 (73,7%)	10 (52,6%)	10 (52,6%)		
Falta de entretenimiento para los pacientes						
Si	1 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	0 (0%)	1,000	0,311
No	18 (94,7%)	18 (94,7%)	18 (94,7%)	19 (100%)		
Suciedad en las habitaciones						
Si	0 (0%)	0 (0%)	3 (15,8%)	2 (10,5%)	0,071	0,146
No	19 (100%)	19 (100%)	16 (84,2%)	17 (89,5%)		
Falta de personal						
Si	1 (5,3%)	2 (10,5%)	3 (15,8%)	2 (10,5%)	0,290	1,000
No	18 (94,7%)	17 (89,5%)	16 (84,2%)	17 (89,5%)		
Aumento del tiempo de visita						
Si	0 (0%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	0,311	1,000
No	19 (100%)	18 (94,7%)	18 (94,7%)	18 (94,7%)		



Zonas de aseo para los familiares					1,000	0,290
Si	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	3 (15,8%)		
No	19 (100%)	18 (94,7%)	19 (100%)	16 (84,2%)		
Habitaciones y taquillas habilitadas para familiares					0,311	0,290
Si	0 (0%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	3 (15,8%)		
No	19 (100%)	18 (94,7%)	18 (94,7%)	16 (84,2%)		
Mala regulación de la temperatura ambiental					0,146	1,000
Si	0 (0%)	0 (0%)	2 (10,5%)	0 (0%)		
No	19 (100%)	19 (100%)	17 (89,5%)	19 (100%)		
Falta de apoyo religioso					0,311	0,311
Si	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)		
No	19 (100%)	19 (100%)	18 (94,7%)	18 (94,7%)		

Abreviaturas: n= número de sujetos. Significación estadística para un valor $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%.

5.

DISCUSIÓN



5. DISCUSIÓN

En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias significativas en los niveles de ansiedad o depresión ni en los pacientes ni en los familiares, diferenciándolos según el grupo de intervención, ni al valorarlo por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) ni al valorarlo por la Escala de Impacto del Estresor (IES-R).

Tampoco hemos encontrado diferencias significativas entre el grupo control y experimental entre pacientes y familiares en el caso del Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI). Estudios como el de Shorofi, Jannati, Moghaddam, y Yazdani-Charati (2016), en el que a través de un estudio descriptivo en una población de 80 enfermeras y 80 familiares elegidos de forma aleatoria se busca conocer la satisfacción de cuidados a través del CCFNI, señalan que las 5 preguntas más importantes para los familiares son “sentir que el personal del hospital se preocupa por el paciente”(dentro del grupo de preguntas sobre atención médica), “tener la seguridad de que se le está dando la mejor atención posible al paciente” (dentro del grupo de preguntas sobre atención médica), “responder con honestidad a las preguntas” (dentro del grupo de pregun-

tas sobre comunicación), “conocer los hechos específicos sobre el progreso del paciente” (dentro del grupo de preguntas sobre comunicación) y “ser llamado a casa en los cambios de condiciones del paciente” (dentro del grupo de preguntas sobre comunicación). En nuestros resultados, encontramos puntuaciones menores de 2 de media en los grupos de “atención médica” y “comunicación” tanto en el grupo experimental como en el grupo control, significando una alta satisfacción con los cuidados recibidos. Esta percepción de los familiares sobre la importancia de las “necesidades de soporte y proximidad”, frente a las “necesidades de confort”, también se ven en el estudio de Noor Siah et al (2012)., en el en el que a través de un estudio descriptivo transversal se utilizó el CCFNI, encontrando que valoraban de más a menos importancia el “soporte” (con 39,13 puntos de media), la “proximidad” (con una media de 27,17 puntos), la “información” (con una media de 24,25 puntos), y el “confort” (con una media de 16,24 puntos). Además, no encontraron diferencias significativas por el género ($p > 0,05$), pero sí por edad ($p < 0,05$) y nivel educativo ($p < 0,05$).

En el caso del cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU 36) encontramos diferencias significativas en los pacientes entre el grupo control frente al grupo experimental en cuanto a las preguntas sobre “apoyo emocional”, “facilidad para conseguir información”, “la sensación de control sobre su cuidado”, “la capacidad de expresar preocupaciones y preguntas a la hora de tomar decisiones”, y en “la puntuación total en cuanto a la satisfacción con la toma de decisiones en el cuidado del paciente crítico”. Los pacientes del grupo control están más satisfechos en estos aspectos frente a los pacientes del grupo experimental.

En el caso de los familiares entre el grupo control y el grupo experimental para el FS-ICU 36, encontramos diferencias significativas en las preguntas sobre “apoyo emocional”, “satisfacción con el nivel de cuidados recibidos por el paciente de UCI”, “la capacidad de expresar preocupaciones y preguntas a la hora de tomar decisiones”, y en “la puntuación total en cuanto a la satisfacción con la toma de decisiones en el cuidado del paciente crítico”. Los familiares del grupo control se sienten más satisfechos con “el tiempo que se les dió para plantear sus preocupaciones antes de tomar una decisión” y “con la satisfacción en la toma de decisiones en su puntuación total”.

En cuanto a las respuestas a preguntas abiertas en el FS-ICU 36, no hemos encontrado diferencias significativas en ninguno de los ítems, pero vemos como señalan la “falta de información”, el “ambiente” (por el ruido excesivo, la suciedad o la falta de entretenimiento, entre otras) y el “aumento de tiempo con el paciente”, además de los “agradecimientos” por el trato recibido por parte de todos los profesionales.

Nuestros resultados son comparables a los recogidos en la adaptación de la Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU) a su versión europea (euroFS-ICU), y la realización de un estudio descriptivo transversal a las 3 semanas del alta de UCI en 10 UCIs holandesas y 11 danesas, con un total de 1077 familiares y 920 pacientes participantes (Jensen et al, 2017). Las preguntas con el mayor número de respuestas “excelentes” fueron la “preocupación sobre los cuidados del paciente”, “el manejo de la disnea”, “la atmósfera de la unidad”, “la presencia en la cabecera del paciente” y “la facilidad para obtener información”. En cuanto a los aspectos peor valorados encontraron el “manejo de la agitación”, “el apoyo emocional”, la “consistencia de la información”, y la “inclusión en la toma

de decisiones”. La edad aumenta los niveles de “satisfacción con el cuidado en el caso del manejo de la agitación”, “la atmosfera en la UCI, el apoyo emocional”, “la oportunidad de estar al lado del paciente”, “la consistencia en la información” y “la satisfacción general con el cuidado”. En cuanto al género se vio que las mujeres tenían mayores puntuaciones en las preguntas sobre el “manejo de los síntomas de dolor”, “el manejo de los síntomas de disnea”, “la respuesta a preguntas por parte del personal” y “la comprensibilidad de la información recibida”.

Sobre la realización de una intervención informativa al igual que en nuestro caso, encontramos comparable el estudio de Chien et al (2006) en el que a través de un estudio cuasi experimental con dos grupos aleatorizados se realiza un test previo y un test a los 3 días del ingreso, tras recibir en el caso del grupo experimental un programa de educación individualizado basado en la revisión bibliográfica y las necesidades propias de cada familiar en el momento del ingreso en UCI, frente a la información normal dada al grupo control. Así, valoraron los niveles de ansiedad a través del Chinese versión of the State-Trait Anxiety Inventory (C-STAI) y la satisfacción a través del CCFNI en su versión china en un total de 66 familiares. Entre sus resultados, no encontraron diferencias significativas en las escalas C-STAI y CCFNI entre grupos. En cuanto a las preguntas identificadas como más importantes en el CCFNI fueron “conocer los hechos específicos en cuanto al progreso del paciente”, “conocer los resultados esperados”, “hablar de los sentimientos negativos como culpabilidad o ira”, “conocer exactamente que se está haciendo con el paciente”, “tener directrices de que hacer al lado del paciente”, “conocer cómo se está tratando al paciente medicamente”, “conocer el tipo de profesionales que trata al paciente”, “ tener una explicación del ambiente en la UCI antes de entrar por primera vez”, “saber por qué se están haciendo esas técnicas al paciente” y “hablar de la posibilidad de fallecimiento del paciente”. También encontraron una mayor

reducción de los niveles de ansiedad de los familiares del grupo control frente a los familiares del grupo control ($p = 0,006$) y un aumento de la satisfacción de necesidades en el grupo experimental frente al grupo control ($p = 0,006$). Además, existen diferencias en la mayoría de las puntuaciones del CCFNI excepto en la necesidad de proximidad ($p = 0,04$), señalando que los familiares en el grupo experimental estaban más satisfechos en sus necesidades psicosociales. Estos resultados son contrarios a los obtenidos en nuestro estudio, ya que la actividad realizada en el estudio de Chien et al. (2006) supone una reducción de los niveles de ansiedad y depresión, y una mejor satisfacción de necesidades por parte de los familiares, aunque no se miden los resultados a largo plazo, en comparación a nuestro estudio, en el que los sujetos del grupo experimental padecen mayores niveles de ansiedad y depresión, y tienen menor satisfacción con los cuidados recibidos que el grupo experimental.

Para las puntuaciones previas al ingreso, no podemos comparar nuestros resultados con estudios previos, ya que no realizan una valoración de los niveles de ansiedad y depresión previa al ingreso en UCI, ya que estos estudios tienen como criterio de inclusión la estancia mínima de 48 horas en el servicio de cuidados intensivos para poder participar en el grupo.

En el caso de la puntuación general en la escala HADS, encontramos valores similares a los obtenidos en el estudio realizado por Fumis et al. (2015) sobre ansiedad, depresión y satisfacción en los familiares cercanos de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con una política de visitas abiertas en Brasil, planteaba un estudio prospectivo en un hospital terciario de Brasil en el que a los dos días después del ingreso del paciente en la UCI se valoraban estos parámetros en los familiares, con una muestra total de 471 familiares. Los valores de ansiedad y depresión fueron medidos con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

(HADS), y los valores de satisfacción fueron medidos por el Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI). Los resultados obtenidos muestran que la edad media de los pacientes fue de 69 años, siendo un 60 % hombres, con una media de días de estancia de 5 días, necesitando un 42 % ventilación mecánica. En el caso de los familiares, la mayoría eran mujeres (78 %), con una media de edad de 54 años, 47 % de ellas eran esposas y el 43 % eran los hijos y/o hijas de los pacientes, con un nivel educativo superior (79%), y de creencia católica (69%). Sobre la puntuación global del HADS, la media fue de 11 puntos, y 159 familiares fueron clasificados con síntomas de ansiedad (34 %), 82 familiares tenían síntomas de depresión (17 %), y 64 familiares tenían ambos (14 %). En cuanto a la puntuación de la escala CCFNI, la media se encontró en 13 puntos, y sólo 21 familiares estuvieron insatisfechos (5 %), teniendo asociación con una religión no católica ($p = 0,002$) y no recibir el folleto con la información de UCI ($p = 0,022$). Además, encontraron una relación significativa entre satisfacción y la puntuación total de la escala HADS ($p < 0,001$). También encontraron relación entre ser mujer y la mayor probabilidad de padecer síntomas de ansiedad ($p = 0,051$) o de depresión ($p = 0,009$), aunque no se encontró correlación con el nivel de satisfacción ($p = 0,28$). Pese a tener valores similares, en nuestro estudio no encontramos diferencias significativas por sexo.

Tampoco hemos encontrado diferencias significativas en el IES-R. Los valores obtenidos en los pacientes en la puntuación general del IES-R en nuestro estudio son similares a los 3 días y a los 90 días en los que los familiares tenían mayores valores a los 90 días que los pacientes, en comparación con los resultados obtenidos por Fumis et al (2015), en el que se valoró los desórdenes emocionales en parejas de pacientes y sus familiares durante y tras la estancia en UCI, a través de un estudio prospectivo con un total de 471 familiares y 289 pacientes, formando

184 parejas para el análisis, utilizando el HADS y la Escala del Impacto del Estrés (IES-R) a los 30 días y a los 90 días al alta de la UCI. La media de edad fue de 60 años para los pacientes, y de 53 años para los familiares, con una mortalidad en la UCI del 11,1 %, a los 30 días del 21,9 %; y del 28,6 % a los 90 días. En cuanto a los valores en la escala HADS, vieron una reducción en el tiempo de los valores en las subescalas tanto en pacientes como en familiares, siendo la subescala de ansiedad la que tenía mayor diferencia. En cuanto a la escala IES-R, los valores presentados tanto por pacientes como por familiares fueron similares, aunque los familiares tenían valores superiores a los 90 días. Comparando los valores entre pacientes y familiares, el 26,1 % de los pacientes tenían síntomas de ansiedad frente al 33,2 % de los familiares; el 12 % de los pacientes tenían síntomas de depresión frente al 22,2 % de los familiares; o ambos en el 8,7 % de los pacientes frente al 9,8 % de los familiares durante la estancia en UCI. A los 30 días, los síntomas de ansiedad se daban en el 0,8 % de los pacientes y el 7,6 % de los familiares, los síntomas de depresión se encontraban en el 3,4 % de los pacientes y en el 6,7 % de los familiares, y ambos síntomas sólo se dieron en un familiar. En cuanto a los valores obtenidos a los 90 días, sólo el 1,9 % de los familiares presentaban síntomas de ansiedad, y los valores de depresión eran similares en pacientes y familiares (1,0 % en pacientes y 3,9 % en familiares). En cuanto a los síntomas del Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD) valorados a través de la escala IES-R, a los 30 días presentaban síntomas el 5,9 % de los pacientes y el 2,5 % de los familiares, y a los 90 días sólo el 4,9 % de los familiares presentaban síntomas de PTSD. Se encontró variación significativa entre la ansiedad y la depresión en los grupos y con el tiempo ($p > 0,001$), presentando mayores niveles de ansiedad y depresión los familiares de los pacientes que habían fallecido en comparación con los familiares de los pacientes supervivientes ($p = 0,048$). También encontraron una correlación entre los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes y de los familiares de



forma positiva ($p = 0,001$). Además, se identificaron como factores de riesgo ser paciente joven y mujer, siendo la terapia renal sustitutiva el mayor factor de riesgo para los pacientes a la hora de presentar PTSD. En el caso de los familiares, los factores de riesgo fueron los pacientes jóvenes y aquellos cuyo paciente murió en la UCI, siendo la religiosidad un factor protector.

En el caso de los niveles de ansiedad, depresión y síntomas de PTSD comparándolos entre pacientes y familiares, en el estudio de Fumis et al (2015) señala que estos síntomas son mayores en los familiares que en los pacientes, en comparación con nuestros resultados, en los que los pacientes tienen mayores puntuaciones de ansiedad y depresión tanto a los 3 días como a los 90 días (excepto en el caso de la puntuación en la escala HADS en la subescala de ansiedad en los familiares del grupo experimental a los 3 días y los valores de depresión de los familiares del grupo control a los 3 días frente a sus respectivos grupos de pacientes).

Además, tampoco encontramos en nuestra población valores de ansiedad patológicos (siendo las puntuaciones tanto de pacientes como de familiares en ambos grupos del estudio de media menores de 7, encontrándose en el rango de normalidad) frente a lo señalado en la revisión sistemática de Nikayin et al (2016) sobre los síntomas de ansiedad en los supervivientes de una enfermedad crítica, realizando una revisión de 5 bases de datos desde 1970 a 2015, utilizando 27 estudios con un total de 2880 pacientes, encontrando que la subescala de ansiedad dentro de la escala HADS es la herramienta más utilizada (81% de los estudios), con un seguimiento a los 2-3 meses, 6 meses, y 12-14 meses, con una prevalencia de estos síntomas del 32 % a los 2-3 meses, del 40 % a los 6 meses, y del 34 % a los 12-14 meses. Además, encontraron el padecer síntomas psiquiátricos durante el ingreso

en UCI y las alucinaciones en UCI como factores de riesgo, siendo la rehabilitación psicológica y los diarios en UCI potencialmente beneficiosos.

Por último, queremos insistir en la novedad de nuestra intervención de forma previa a la intervención, y por tanto, al hecho traumático que en este caso es el ingreso en la UCI, frente a otras intervenciones que actualmente se estudian y se utilizan para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en este tipo de pacientes y familiares durante el ingreso o tras este, como son los diarios en UCI, la rehabilitación temprana, los programas educativos a las familias de pacientes ya ingresados, la reducción de ruido, y la flexibilidad horaria para las visitas (Kynoch, Chang, Coyer, y McArdle, 2016; Mehlhorn et al., 2014; Nikayin et al., 2016; Parker et al., 2015).

5.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Tenemos que tener en cuenta que en este estudio sólo tenemos los resultados de los pacientes y familiares que ingresaban a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de forma programada por una intervención, en este caso cardíaca. La muestra seleccionada, por tanto, ha sido de conveniencia. Los pacientes de este estudio eran pacientes cardíacos, por lo que no se ha tenido en cuenta otro tipo de patologías que modifiquen las vivencias de los pacientes y sus necesidades en su paso por la UCI, cambiando así su experiencia en este servicio, y sus grados de ansiedad, depresión y satisfacción con los cuidados recibidos.

Además, se valoró un familiar por paciente, no teniendo en cuenta si existían diferencias en la vivencia entre distintos familiares de un mismo paciente.

En nuestro estudio tampoco hubo ninguna defunción de nuestros pacientes a lo largo del tiempo de seguimiento. Esta circunstancia podría modificar los niveles de ansiedad y depresión de los familiares a corto, medio y largo plazo. Además, su percepción de la asistencia recibida puede modificarse, ya que existen cuidados específicos al final de la vida para conseguir una ortotanasia para nuestros pacientes paliativos, incluyendo la atención psicosocial a las familias.

Actualmente, las políticas de humanización y de aumento del tiempo de visita en las UCIs para conseguir unos servicios de puertas abiertas, en las que los familiares puedan acompañar al paciente en todo momento están en aumento (Chapman et al., 2016; Jacob et al., 2016; Kynoch et al., 2016), existiendo un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 en la Comunidad de Madrid en el cual, uno de los programas se denomina UCI de puertas abiertas (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016). En el caso de nuestro servicio en el momento del estudio, mantenemos una política de visitas restringidas, aunque en un futuro se modificará esta circunstancia.

5.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Tras los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, sería interesante profundizar en distintos medios de información a los familiares antes del ingreso en UCI, encontrando actividades preventivas para evitar niveles patológicos de ansiedad y depresión a corto, medio y largo plazo, además de la rehabilitación temprana y los diarios (Nikayin et al., 2016). También sería interesante estudiar cómo las políticas de apertura de puertas a las visitas en las UCIs modifican la vivencia tanto de pacientes y familiares a corto, medio y largo plazo, y qué tipo de actividades preventivas se pueden llevar a cabo en este nuevo contexto.

Además, se deberían tener en cuenta a todo tipo de patologías que ingresan en estos servicios, y no sólo pacientes subsidiarios de tratamiento quirúrgico en patologías cardíacas, ya que las vivencias que los pacientes tienen podrían modificar el enfrentamiento a estas situaciones tan estresantes, aunque bien es cierto que realizar una actividad previa al ingreso no sería sencillo en todos los subsidiarios a ingreso en este tipo de unidades.

También sería interesante valorar las distintas vivencias y necesidades de los familiares según su relación con el paciente en la misma familia, y ver si todos los familiares precisan una misma atención, o si debemos individualizarlo según el rol que desempeñe en el cuidado del paciente.

Muchas de las menciones de los familiares son problemas ambientales, ya sean el ruido, la falta de limpieza, o la falta de zonas para el aseo y descanso del

familiar. Sería interesante implementar esas mejoras descritas en la unidad, y posteriormente reevaluar si mejora la satisfacción con los cuidados recibidos.

Por último, en nuestro estudio ninguno de nuestros pacientes falleció en la realización del estudio, por lo que sería interesante conocer si este tipo de intervenciones son útiles en familiares cuyo paciente no ha sobrevivido al ingreso en la UCI, o en los siguientes meses, y ver qué actividades serían más adecuadas para disminuir sus niveles de ansiedad y depresión.

6.

CONCLUSIONES



6. CONCLUSIONES

1. La visita previa al ingreso de los pacientes que se van a someter de forma programada a una operación de cirugía cardíaca y sus familiares a la UCI no modifica los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción en los cuidados.
2. Los valores de ansiedad y depresión de los pacientes y familiares antes del ingreso en UCI, de este tipo de pacientes, no muestran diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental.
3. Los valores de ansiedad y depresión de los pacientes y familiares a los 3 días al alta de UCI, en este tipo de intervenciones programadas, no muestran diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental.
4. Los niveles de satisfacción de los pacientes y familiares, en estos casos, no muestran diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental.



5. Los valores de ansiedad y depresión de los pacientes y familiares a los 90 días al alta de UCI de los casos analizados, no muestran diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental.
6. Los valores de ansiedad, depresión y satisfacción con los cuidados recibidos obtenidos de pacientes y familiares del mismo grupo de intervención no presentan relación entre sí.

7.

BIBLIOGRAFÍA



7. BIBLIOGRAFÍA

- Alasad, J. A., Abu Tabar, N., y Ahmad, M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 30(4), 859.e7-11. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.03.021
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111(11), 410-16.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Ayllón Garrido, N., Montero Rus, P., Acebes Fernández, M. I., y Sánchez Zugazua, J. (2014). Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enfermería Intensiva*, 25(2), 72-7. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239913000941>
- Babakus, E., y Mangold, W. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health services research*, 26(6), 767-86. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069855/>
- Báguena, M., Villarroja, E., Beleña, Á., Díaz, A., Roldán, C., y Reig, R. (2001). Propiedades Psicométricas de la Version Española de la Escala Revisionada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis y modificación de conducta*,



- 27(1997), 581-604. Recuperado de: <https://www.uv.es/baguena/art-IES-R.pdf>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Wesley Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(1), 53-8. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York, EU: Oxford University Press.
- Bellón, J. Á., Moreno-Küstner, B., Torres-González, F., Montón-Franco, C., Gilde-Gómez-Barragán, M. J., Sánchez-Celaya, M., ... King, M. (2008). Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: Methodology. *BMC Public Health*, 8(1), 256. doi: 10.1186/1471-2458-8-256.
- Benner, P. E. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice Excellence and Power in Clinical Practice*. New Jersey, EU: Prentice Hall.
- Benner, P. E., Hooper-Kyriakidis, P. L., y Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach*. New York, EU: Springer Publishing Company.
- Benner, P. E., Tanner, C. A., y Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. New York, EU: Springer Publishing Company.
- Bjelland, I., Dahl, A. a, Haug, T., y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. Recuperado de: [https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(01\)00296-3/fulltext](https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(01)00296-3/fulltext)
- Blackford, J., y Pine, D. (2012). *Neural Substrates of Childhood Anxiety Disorders*.

- A Review of Neuroimaging Findings. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 501-25. doi: 10.1016/j.chc.2012.05.002
- Bonfill Accensi, E., Lleixa Fortuño, M., Sáez Vay, F., y Romaguera Genís, S. (2010). Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index de Enfermería*, 19(4), 279-282. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010
- Bound, F. (2004). Anxiety. *The Lancet*, 363(9418), 1407. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16077-7
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M. del C., Núñez, R., y Pastor, M. de los Á. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia psicológica*, 33(3), 181-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78543221003.pdf>
- Cachón Pérez, J., Álvarez-López, C., y Palacios-Ceña, D. (2012). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enfermería intensiva*, 23(2), 68-76. doi: 10.1016/j.enfi.2011.12.001
- Callaway, B. J. (2002). Hildegard Peplau : psychiatric nurse of the century. New York, EU: Springer Publishing Company.
- Cannon, W. (1932). The wisdom of the body. *American Journal of the Medical Sciences*, 184(6), 864.
- Carlson, E., Spain, D., Muhtadie, L., McDade-Montez, L., y Macia, K. (2015). Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*, 30(3), 557-561. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.01.012
- Carpenito, L. J. (2013). *Nursing diagnosis : application to clinical practice*. Philadelphia, EU: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Chaboyer, W., Thalib, L., Alcorn, K., y Foster, M. (2007). The effect of an ICU



- liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(6), 362-69. doi: 10.1016/j.iccn.2007.04.005
- Chapman, D. K., Collingridge, D. S., Mitchell, L. A., Wright, E. S., Hopkins, R. O., Butler, J. M., y Brown, S. M. (2016). Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 46-50. doi: 10.4037/ajcc2016789
- Chien, W.T., Chiu, Y. L., Lam, L.W., y Ip, W.Y. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 39-50. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.01.006
- Chivite, S., Martinez, M., Perez, E., y Peralta, V. (2007). HADS: Estudio de criterios de validez interna y externa en una muestra española de pacientes hospitalizados. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 84, 9-17. Recuperado de: <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=289>
- Chrousos, G. P., y Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *Jama*, 267(9), 1244-52. doi: 10.1001/jama.1992.03480090092034
- Ciesielka, D. J. (2005). The leadership story of Linda Richards: America's first trained nurse (tesis doctoral). Indiana University of Pennsylvania, Indiana, EU.
- Clemente, J. C. (1990). *Historia de la Cruz Roja Española*. Madrid, España: Cruz Roja Española.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Recuperado de: <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Consejería de Sanidad. Servicio Madrileño de Salud. (2015). *Hospital Universitario*

- de la Princesa. Memoria 2015. Recuperado de: http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/san_memo_hosp_2015_hprin_ok_rev.pdf
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- Cortés-Reyes, E., Rubio-Romero, AR., y Gaitán-Duarte, H (2010) Métodos estadísticos de evaluación de la concordancia y la reproducibilidad de pruebas diagnósticas. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61 (3), 245-55. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n3/v61n3a09.pdf>
- Costas González, M., Prado Robles, V., y Crespo Iglesias, J. M. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 107, 3. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4394399.pdf>
- Crocq, M.A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319-25. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610616/>
- Curtis, J. R., y Vincent, J.L. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*, 376(9749), 1347-53. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60143-2
- Cutler, L. R., Hayter, M., y Ryan, T. (2013). A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 147-57. doi: 10.1016/j.iccn.2012.12.001
- D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G., y Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry*, 21(4), 311-7. doi: 10.1111/nin.12056
- da Silva Ramos, F., Fumis, R. R., Azevedo, L. C., y Schettino, G. (2013). Percep-



- tions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Annals of Intensive Care*, 3(1), 34. doi: 10.1186/2110-5820-3-34
- Davidson, J. E. (2013). Family presence on rounds in neonatal, pediatric, and adult intensive care units. *Annals of the American Thoracic Society*, 10(2), 152-6. doi: 10.1513/AnnalsATS.201301-006PS.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M., y Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 30(5), 421-34. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.05.006
- Davydow, D. S., Zatzick, D., Hough, C. L., y Katon, W. J. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic stress and depressive symptoms over the course of the year following medical-surgical intensive care unit admission. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 226-32. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.12.005
- de Cordova, P. B., Lucero, R. J., Hyun, S., Quinlan, P., Price, K., y Stone, P. W. (2010). Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(1), 39-45. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181b3e69d.
- de Fátima Lucena, A., y de Barros, A. (2006). Nursing Diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*, 17(3), 139-46. doi: 10.1111/j.1744-618X.2006.00036.x
- Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, de 28 de noviembre de 2016, 1-6. Recuperado de: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=4382&cdestado=P#

no-back-button

Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment.

Chicago, EU: Health Administration Press.

Dries, D. J. (2016). Mechanical Ventilation: History and Harm. *Air medical journal*,

35(1), 12-5. doi: 10.1016/j.amj.2015.10.006.

Ellis, H. (2016). Dominique Jean Larrey: Napoleon's surgeon. *British Journal of*

Hospital Medicine, 77(6), 366. doi: 10.12968/hmed.2016.77.6.366

Errasti-Ibarrondo, B., y Tricas-Sauras, S. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.

Enfermería intensiva, 23(4), 179-88. doi: 10.1016/j.enfi.2012.08.001

Eurostat. (2016). Population structure and ageing - Statistics Explained. Recupe-

rado de: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing

Fairley, H. (1961). The Toronto General Hospital Respiratory Unit. *Anaesthesia*,

16(3), 267-74. doi: 10.1111/j.1365-2044.1961.tb13826.x

Ferrán Aranaz, M. (2001). SPSS para Windows: análisis estadístico. Aravaca, Es-

paña: McGraw-Hill / Interamericana de España.

Flaatten, H. (2012). The present use of quality indicators in the intensive care unit.

Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 56(9), 1078-83. doi: 10.1111/j.1399-6576.2012.02656.x

Freud, S. (1972) Tres ensayos para una teoría sexual. Madrid, ESpaña: Alianza.

Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Faria, P. P., y Schettino, G. (2015). Anxiety, depres-

sion, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *Journal of Critical Care*, 30(2), 440.e1-6. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.11.022

Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Martins, P. S., y Schettino, G. (2015). Emotional

disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU

- stay. PLoS ONE, 10(1), e0115332. doi: 10.1371/journal.pone.0115332
- Galvis López, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1108. doi: 10.15649/cuidarte.v6i2.172
- Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J.-F., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A., ... Misset, B. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25(4), 634-40. doi: 10.1016/j.jcrc.2010.03.001.
- Ghooi, R. B. (2011). The Nuremberg Code - A critique. *Perspectives in clinical research*, 2(2), 72-6. doi:10.4103/2229-3485.80371
- Goldstein, D. S. (2011). Adrenal responses to stress. *Cellular and molecular neurobiology*, 30(8), 1433-40. doi: 10.1007/s10571-010-9606-9
- Gómez Martínez, S., Ballester Arnal, R., y Gil Juliá, B. (2011). El cuestionario de necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos (CCF-NI) versión breve: Adaptación y validación en población española. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 349-61. doi: 10.4321/S1137-66272011000300002
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalla-t. Conselleria de Sanidade. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depression_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008). *Guía práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Agencia Laín Entralgo. Recu-

- perado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Eintr_compl.pdf
- Gustad, L. T., Chaboyer, W., y Wallis, M. (2005). Performance of the faces anxiety scale in patients transferred from the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(6), 355-60. doi: 10.1016/j.iccn.2005.06.006
- Halpern, N. A., y Pastores, S. M. (2010). Critical care medicine in the United States 2000-2005: An analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs. *Critical Care Medicine*, 38(1), 65-71. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181b090d0.
- Heather, A., Hollands, J., Skrupky, L., y Micek, S. (2010). Optimizing sustained use of sedation in mechanically ventilated patients: focus on safety. *Current drug safety*, 5(1), 6-12. doi : 10.2174/157488610789869102
- Heinrich Heine University (2014) GP Power 3.1.9.2. Dusseldorf, Deutschland: Dusseldorf University. Recuperado de: http://www.gpower.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerWin_3.1.9.2.zip
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *The American journal of nursing*, 64, 62-8. doi: 10.2307/3419278
- Herdman, T. H., y Kamitsuru, S. (Ed.) (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015 - 2017*. Barcelona, España: Elsevier España.
- Hernandez, A. M. R., y Palo, J. E. M. (2014). Performance of the SAPS 3 admission score as a predictor of ICU mortality in a Philippine private tertiary medical center intensive care unit. *Journal of intensive care*, 2(1), 29. doi: 10.1186/2052-0492-2-29
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, a. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-83. doi: 10.1016/



S0163-8343(03)00043-4

- Heyland, D. K., Tranmer, J. E., y Kingston General Hospital ICU Research Working Group. (2001). Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *Journal of critical care*, 16(4), 142-9. doi: 10.1053/jcrc.2001.30163
- Holdorff, B., y Denning, D. T. (2011). The fight for «traumatic neurosis», 1889-1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin. *History of Psychiatry*, 22(88 Pt 4), 465-76. doi: 10.1177/0957154X10390495
- Horowitz, M., Wilner, N., y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, 41(3), 209-18. Recuperado de: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1979/05000/Impact_of_Event_Scale__A_Measure_of_Subjective.4.aspx
- Huang, Y., Chen, J., Zhong, S., y Yuan, J. (2016). Role of APACHE II scoring system in the prediction of severity and outcome of acute intracerebral hemorrhage. *International Journal of Neuroscience*, 126(11), 1020-4. doi: 10.3109/00207454.2015.1099099.
- Hunziker, S., McHugh, W., Sarnoff-Lee, B., Cannistraro, S., Ngo, L., Marcantonio, E., y Howell, M. D. (2012). Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. *Critical Care Medicine*, 40(5), 1554-61. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182451c70
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington D.C., EEUU: National Academies Press.
- Instituto Nacional de la Salud (1997). *Guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de medicina intensiva*. Madrid, España: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa.
- Intensive Care Society. (2009). *Levels of Critical Care for Adult Patients: Stan-*

- dards and Guidelines. London, UK: Intensive Care Society. Recuperado de: <https://www.ics.ac.uk/AsiCommon/Controls/BSA/Downloader.aspx?iDocumentStorageKey=74ca75c6-67c4-4400-96a2-4e7e14b-8d9a3&iFileTypeCode=PDF&iFileName=Levels%20of%20Critical%20Care%20for%20Adult%20Patients>
- Jacob, B. M., Horton, C., Rance-ashley, S., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., ... Frobos, C. (2016). Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *American Journal of Critical Care*, 25(2), 118-25. doi: 10.4037/ajcc2016258
- Jennings, K. M. (2017). The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals With Anorexia Nervosa. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 370-83. doi: 10.1097/ANS.0000000000000175
- Jensen, Hl., Gerritsen, RT., Koopmans, M., Downey, L., Engelberg, RA., Curtis, JR., ... y Ørding (2017). Satisfaction with quality of ICU care for patients and families: the euroQ2 project, 21 (1), 1-10. doi: 10.1186/s13054-017-1826-7
- Johnson, D., Wilson, M., Cavanaugh, B., Bryden, C., Gudmundson, D., y Moodley, O. (1998). Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Critical care medicine*, 26(2), 266-71. Recuperado de: https://journals.lww.com/ccmjjournal/Abstract/1998/02000/Measuring_the_ability_to_meet_family_needs_in_an.23.aspx
- Jones, C., Backman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., ...the RACHEL group. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*, 14(5), R168. doi: 10.1186/cc9260.
- Jonsen, A. R. (1998). *The birth of bioethics*. New York, EU: Oxford University Press.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., y Major, F. (2007). *El Pensa-*



- miento Enfermero. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Knaus, W.A., Draper, E.A., Wagner, D.P., y Zimmerman, J.E. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-29. Recuperado de: https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/1985/10000/APACHE_II__A_severity_of_disease_classification.9.aspx
- Korhan, E. A., Yönt, G. H., Erdemir, F., y Müller-Staub, M. (2014). Nursing Diagnosis in Intensive Care Unit: the Turkey experience. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(2), 219-24. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000024.
- Kuhlen, R., Moreno, R., Ranieri, M., y Rhodes, A. (2008). 25 Years of Progress and Innovation in Intensive Care Medicine. Book. Berlin, Alemania: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F., y McArdle, A. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(3), 181-234. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-2477.
- La Torre, A., y Lusignani, M. (2013). Nursing in the Sardinian-Piedmontese Army during the Crimean War. *Professioni infermieristiche*, 66(4), 237-242. doi: 10.7429/pi.2013.664237.
- Lazarus, R., y Folkman, L. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Madrid, España: Ediciones Martínez Roca.
- Ledoux, D., Canivet, J. L., Preiser, J. C., Lefrancq, J., y Damas, P. (2008). SAPS 3 admission score: An external validation in a general intensive care population. *Intensive Care Medicine*, 34(10), 1873-1877. doi: 10.1007/s00134-008-1187-4
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, de 15 de noviembre de 2002, 1-13. Recu-

- perado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- López Camps, V., García García, M. A., Martín Delgado, M. C., Añón Elizalde, J. M., Masnou Burrallo, N., Rubio Sanchiz, O., ... y el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. (2017). Encuesta nacional sobre los indicadores de calidad en Bioética de la SEMICYUC, en los servicios de Medicina Intensiva en España. *Medicina Intensiva*, 41(9), 523-531. doi: 10.1016/j.medin.2017.01.007
- Loughran, T. (2017). Shell-Shock and Medical Culture in First World War Britain. doi: 10.1017/9781316415672
- Luce, J. M., y White, D. B. (2009). A history of ethics and law in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, 25(1), 221-237. doi: 10.1016/j.ccc.2008.10.002.
- Marriner, A y Raile, M.(Ed.) (2011) Modelos y teorías en enfermería (335-65). Barcelona, España: Elsevier.
- Martín, M. C., Cabré, L., Ruiz, J., Blanch, L., Blanco, J., Castillo, F., ... Saura, R. M. (2008). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. *Medicina Intensiva*, 32(1), 23-32. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000100005
- Martín, M. C., León, C., Cuñat, J., y Del Nogal, F. (2013). Recursos estructurales de los Servicios de Medicina Intensiva en España. *Medicina Intensiva*, 37(7), 443-451. doi: 10.1016/j.medin.2013.06.002
- McKay, C. A., y Crippen, L. (2008). Collaboration through clinical integration. *Nursing administration quarterly*, 32(2), 109-116. doi: 10.1097/01.NAQ.0000314539.44488.e6
- Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F. M., Graf, J., Troitzsch, U., ... Gensichen, J. (2014). Rehabilitation Interventions for Postintensive Care Syndrome. *Critical Care Medicine*, 42(5), 1263-1271. doi: 10.1097/



CCM.00000000000000148.

Miller, R. D. (2015). *Anestesia*. Barcelona, España: Elsevier España.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Manual de definiciones estadística de Centros Sanitarios Especializados con Internamiento (C1)*. Recuperado de : https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Tablas-SIAE2013/DEFINICIONES_C1.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones*. Recuperado de: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

Molina, A. (2011). La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Revista de enfermería neurológica*, 10(1), 53-55. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111j.pdf>

Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & lung : the journal of critical care*, 8(2), 332-339.

Moreno, R. P., Rhodes, A., y Donchin, Y. (2009). Patient safety in intensive care medicine: The declaration of Vienna. *Intensive Care Medicine*. Springer. doi: 10.1007/s00134-009-1621-2

Myers, C.S. (1915). A contribution to the study of shell shock.: being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the duchess of westminster's war hospital, le touquet. *The Lancet*, 185(4772), 316-320. Recuperado de: <https://jmvh.org/wp-content/uploads/2012/12/A-Contribution-to-the-Study-of-Shellshock.pdf>

Myers, C. S. (1940). *Shell Shock in France 1914–1918*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression: The Nice Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults*. Leicester, UK: British Psychological Society.

- Navarro Bravo, B., Sánchez García, M., Andrés Pretel, F., Juárez Casalengua, I., Cerdá Díaz, R., Párraga Martínez, I., ... López-Torres Hidalgo, J. D. (2011). Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. *Atencion Primaria*, 43(1), 11-17. doi: 10.1016/j.aprim.2010.01.012
- Nightingale, F. (2010). *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M. D., Huang, M., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., y Needham, D. M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23-29 doi: 10.1016/j.genhosppsych.2016.08.005.
- Noor Siah, A. A., Ho, S. E., Jafaar, M. Z., Choy, Y. C., Das, S., Ismail, S. M., y Barnett, A. (2012). Information needs of family members of critically ill patients in intensive care unit of a tertiary hospital. *Clinica Terapeutica*, 163 (1), 63-7. Recuperado de: http://www.seu-roma.it/riviste/clinica_terapeutica/apps/autos.php?id=959
- North, C. S., Surís, A. M., Smith, R. P., y King, R. V. (2016). The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 28(3), 197-208. Recuperado de: https://www.aacp.com/article/buy_now/?id=439
- Olano, M., y Vivar, C. G. (2011). Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(1), 53-67. doi: 10.4321/S1137-66272012000100006.
- Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración. *Boletín Oficial de*



- la Comunidad de Madrid, núm. 107, de 07 de mayo de 2007, 60-71. Recuperado de: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=4608&cdestado=P#no-back-button
- Orden SCO/2823/2007, de 14 de septiembre, por la que se amplía la Orden de 21 de julio de 1994, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y se crea el fichero automatizado de datos. Boletín Oficial del Estado, núm. 235, de 1 de octubre de 2007, 39866-7. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/10/01/pdfs/A39866-39867.pdf>
- Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, estableciendo los modelos oficiales de documentos. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, núm. 302, de 20 de diciembre de 2006, 27-41. Recuperado de: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=4380&cdestado=P#no-back-button
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra, Switzerland: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Biblioteca OMS, 83. Recuperado de: <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- Pai, A., Suris, A., y North, C. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behavioral Sciences*, 7(1), 7. doi: 10.3390/bs7010007.
- Palencia Herrejón, E., González Díaz, G., y Mancebo Cortés, J. (2011). El futuro de la Medicina Intensiva. *Medicina Intensiva*, 35(4), 232-235. doi: 10.1016/j.medint.2011.01.009

- Parasuraman, A., Berry, L. L., y Zeithaml, V. A. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67 (4), 420-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., y Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., y Needham, D. M. (2015). Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1121-9. doi: 10.1097/CCM.0000000000000882.
- Parker, M. E., y Smith, M. C. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia, EU: F.A. Davis Company
- Peplau, H. (2000). *Interpersonal relations in nursing: Offering a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, EU: Springer Publishing Company.
- Phillips, K. (2011). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En Marriner, A y Raiile, M.(Ed.) *Modelos y teorías en enfermería* (335-65). Barcelona, España: Elsevier.
- Pita Fernández, S (1996-2018). *Calculadora en Excel para calcular el tamaño muestral*. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña: A Coruña, España. Recuperado de: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/tamano_muestral.xls
- Pochard, F. (2010). Reconnaître et traiter la souffrance psychique des patients. *Réanimation*, 19(3), 236-42. doi:10.1016/j.reaurg.2010.03.011
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., ... Schlemmer, B. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical care medicine*, 29(10), 1893-7. Recuperado de: <https://journal>



nals.lww.com/ccmjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2001&issue=10000&article=00007&type=abstract

Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Ngo, K., McDowell, M., Holzmueller, C., Haraden, C., ... Dorman, T. (2003). Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. *Journal of critical care*, 18(3), 145-55. doi: 10.1016/j.jcrc.2003.08.003

Pronovost, P. J., Miller, M. R., Dorman, T., Berenholtz, S. M., y Rubin, H. (2001). Developing and implementing measures of quality of care in the intensive care unit. *Current opinion in critical care*, 7(4), 297-303. Recuperado de: <https://journals.lww.com/co-criticalcare/pages/articleviewer.aspx?year=2001&issue=08000&article=00014&type=abstract>

Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 40, de 2 de febrero de 2007, 6591-3. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/02/15/pdfs/A06591-06593.pdf>

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 254, de 10 de octubre de 2003, 37893-902. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/10/23/pdfs/A37893-37902.pdf>

Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 206, de 29 de agosto de 1978, 20172-4. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/08/29/pdfs/A20172-20174.pdf>

Regaira Martínez, E., Sola Iriarte, M., Goñi Viguria, R., Del Barrio Linares, M., Margall Coscojuela, M. A., y Asiain Erro, M. C. (2010). La calidad asistencial

- en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERVQUAL. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 3-10. doi: 10.1016/j.enfi.2009.10.001
- Reid, F. (2014). «His nerves gave way»: Shell shock, history and the memory of the First World War in Britain. *Endeavour*, 38(2), 91-100. doi: 10.1016/j.endeavour.2014.05.002.
- Rhodes, A., Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet, B., Metnitz, P. G., y Moreno, R. P. (2012). The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Medicine*, 1-7. doi: 10.1007/s00134-012-2627-8
- Riddick, F. A. (2003). The code of medical ethics of the american medical association. *The Ochsner journal*, 5(2), 6-10. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399321/>
- Riker, R. R., y Fraser, G. L. (2009). Altering Intensive Care Sedation Paradigms to Improve Patient Outcomes. *Critical Care Clinics*, 25(3), 527-38. doi: 10.1016/j.ccc.2009.05.004.
- Rogers, C., y Keller, C. (2009). Roy's adaptation model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatric nursing*, 30(2), 21-6. doi: 10.1016/j.gerinurse.2009.02.002
- Roux, F.-E., y Reddy, M. (2013). Neurosurgical work during the Napoleonic wars: Baron Larrey's experience. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 115(12), 2438-44. doi: 10.1016/j.clineuro.2013.09.004
- Sánchez-Vallejo, A., Fernández, D., Pérez-Gutiérrez, A., y Fernández-Fernández, M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 40(9), 527-40. doi: 10.1016/j.medin.2016.03.005
- Schandl, A. R., Brattström, O. R., Svensson-Raskh, A., Hellgren, E. M., Falkenhav, M. D., y Sackey, P. V. (2011). Screening and treatment of problems after intensive care: A descriptive study of multidisciplinary follow-up. *Intensive*



- and Critical Care Nursing, 27(2), 94-101. doi: 10.1016/j.iccn.2011.01.006
- Schmidt, M., y Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU. *Current Opinion in Critical Care*, 18(5), 540-7. doi: 10.1097/MCC.0b013e328357f141.
- Schutte, N. S., y Malouff, J. M. (1995). *Sourcebook of adult assessment strategies*. Boston, EU: Springer.
- Selye, H. (1987). Stress without distress. En Levi, L (Ed.) *Society, stress, and disease*, Vol. 5: Old age. 257-62. New York, EU: Oxford University Press
- Sherman, I. J., Kretzer, R. M., y Tamargo, R. J. (2006). Personal recollections of Walter E. Dandy and his brain team. *Journal of neurosurgery*, 105, 487-493. doi: 10.3171/jns.2006.105.3.487
- Shorofi, S. A., Jannati, Y., Moghaddam, H. R., y Yazdani-Charati, J. (2016). Psychosocial needs of families of intensive care patients: Perceptions of nurses and families. *Nigerian medical journal : journal of the Nigeria Medical Association*, 57(1), 10-18. doi: 10.4103/0300-1652.180557
- Sjöberg, F., y Walther, S. (2012). Intensive care registries and the evolution of the concept of “quality of care” - Reflections from the 10-year anniversary symposium of the Swedish Intensive Care Registry. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 56 (9), 1073-1077. doi: 10.1111/j.1399-6576.2012.02757.x
- Sociedad española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias (SEMICYUC) (2011). *Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización 2011*. Sociedad española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias. Recuperado de: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (2016). *Estatutos de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias*. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Recuperado de: <http://www.semicyuc.org/si->

- tes/default/files/estatutos_semicyuc_2016__aprobados_ministerio_interior.pdf
- Sterling, M. (2008). The Impact of Event Scale (IES). *The Australian journal of physiotherapy*, 54(1), 78. doi: 10.1016/S0004-9514(08)70074-6
- Sundararajan, K., Martin, M., Rajagopala, S., y Chapman, M. J. (2014). Posttraumatic stress disorder in close Relatives of Intensive Care unit patients' Evaluation (PRICE) study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 27(4), 183-187. doi: 10.1016/j.aucc.2014.04.003
- Svenningsen, H. (2013, abril). Associations between sedation, delirium and post-traumatic stress disorder and their impact on quality of life and memories following discharge from an intensive care unit. *Danish medical journal*. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/4b33/057971e93f384cd5b0c7ece94ab6335f0011.pdf>
- Tejero, A., Guimera, E., Farre, J., y Peri, J. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depresión Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13(5), 233-8.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población Española. *Ansiedad y el Estrés*, 13 (2-3), 163-76.
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., y Martín-Aragón, M. (2015). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) review in Spanish Samples. *Annals of Psychology*, 31(2), 494-503. doi: 10.6018/analesps.31.2.172701
- The World Medical Association (WMA). (1964). World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Invol-



ving Human Subjects. World Medical Association General Assembly Republic of South Africa, 35. Recuperado de: <https://pdf-it.dev.acw.website/please-and-thank-you?url=https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/&pdfName=wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>

Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., y Hardiker, N. R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. En Urquhart, C (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

Urta M, E., Jana A, A., y García V, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. doi: 10.4067/S0717-95532011000300002

Varon, J., y Acosta, P. (2010). *Handbook of Critical and Intensive Care Medicine*. New York, EEUU: Springer Publishing Company

Vasilevskis, E. E., Ely, E. W., Speroff, T., Pun, B. T., Boehm, L., y Dittus, R. S. (2010). Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness - Crossing the quality chasm. *Chest*. 138(5), 1224-33 doi: 10.1378/chest.10-0466.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-50. doi: 10.1157/13074369

Vilagut, G., María Valderas, J., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-35. Recuperado de: <http://public-files.prbb.org/publicaciones/e92966f0-cead-012b->

a7a8-000c293b26d5.pdf

- Wade D., Hardy R., Howell D., M. M. (2013). Identifying clinical and acute psychological risk. *Minerva Anestesiologica*, 79(8), 944-63. Recuperado de: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2013N08A0944>
- Warren, J. J., y Hoskins, L. M. (1990). The Development of NANDA's Nursing Diagnosis Taxonomy. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 1(4), 162-8.
- Wasser, T., y Matchett, S. (2001). Final version of the Critical Care Family Satisfaction Survey questionnaire. *Critical Care Medicine*. 29(8), 1654-1655 Recuperado de: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11505160>
- Wasser, T., Pasquale, M. A., Matchett, S. C., Bryan, Y., y Pasquale, M. (2001). Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. *Critical care medicine*, 29(1), 192-196. Recuperado de: <https://journals.lww.com/ccmjournals/pages/articleviewer.aspx?year=2001&issue=01000&article=00038&type=abstract>
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of nursing*. Logan, EEUU: University Press of Colorado.
- Watson, J. (1999). *Postmodern Nursing and Beyond*. London, UK: Churchill Livingstone
- Winfield, D. A., y Lafferty, P. (1997). Mental health problems on Operation Resolute (Bosnia). *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 143(2), 103-106. doi: 10.1136/jramc-143-02-07
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zimmerman, J. E., Kramer, A. A., y Knaus, W. A. (2013). Changes in hospital mor-




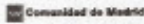
8.

ANEXOS



ANEXO 1. AUTORIZACIÓN POR LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

 **Hospital Universitario de La Princesa**
SaludMadrid

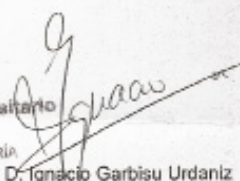
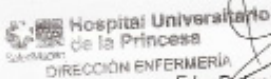
 Comunidad de Madrid

Fecha: Madrid, 16 de junio de 2016
De: D. IGNACIO GARBISU URDANIZ - DIRECTOR ENFERMERIA HUP
A: DR. ABAD SANTOS - PRESIDENTE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Estimado Francisco:

Tras haber sido revisado por la Dirección de Enfermería el estudio *"Efecto de la visita previa al ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos sobre la ansiedad, la depresión, y la satisfacción en pacientes y familiares"* entregado por D^a Sara González Martín, te comunico que no existe inconveniente por parte de esta Dirección para su valoración por el CEIC, con el compromiso de que todos los datos recogidos estarán tratados con las medidas de seguridad establecidas según Ley.

Un cordial saludo.



Fdo: D. Ignacio Garbisu Urdaniz
Director Enfermería HUP

Calle Diego de León, 1º 62
28002 Madrid
Tel.: 91520 25 04
Fax: 91 520 26 29
e-mail: dnmec@hup@salud.madrid.org

HOSPITAL SIN HUMO



tality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012.
Critical Care, 17(2), R81 doi: 10.1186/cc12695.



ANEXO 2. AUTORIZACIÓN POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

 Hospital Universitario de La Princesa SaludMadrid	 Comunidad de Madrid
COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA	
Madrid, a 22 de julio de 2016	
<p>El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de la Princesa en su reunión del día 21-07-16 (acta 14/16) evaluó la respuesta a las aclaraciones solicitadas del siguiente estudio de investigación:</p>	
<p>TÍTULO: Efecto de la visita previa al ingreso en una unidad de cuidados intensivos sobre la ansiedad, la depresión, y la satisfacción en pacientes y familiares. TIPO: Estudio de investigación CODIGO: Estudio PTSD Nº EudraCT: N/A Nº de Registro: 2852* Investigador Principal: Sara González Martín (Enfermera de la UCI) Promotor: N/A CEIm: N/A Decisión tomada: Aprobación (21-07-16)</p>	
<p>Este Comité Ético de Investigación Clínica considera que tanto el estudio de investigación como la Hoja de información al paciente y consentimiento informado son ética y metodológicamente aceptables. Asimismo, considera que los investigadores son competentes para llevar a cabo este estudio que está enmarcado dentro de las líneas de investigación prioritarias del Hospital Universitario de La Princesa.</p>	
 Fdo: Dra. Mª de Mar Ortega Gómez Secretaria del C.E.I.C.	
<small>CEIC Hospital Universitario La Princesa C/ Diego de León 62, MADRID (28006) Tel.: 91 520 24 76@fax: 91 520 25 60</small>	



ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título del estudio: Efecto de la visita previa al ingreso en una unidad de cuidados intensivos sobre la ansiedad, la depresión, y la satisfacción en pacientes y familiares.

Código: Estudio PTSD (Ensayo clínico con estrategia)

Investigador Principal: Sara González Martín

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

1.- INTRODUCCIÓN:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el desarrollo del estudio en el que se le propone participar. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

Su participación es **voluntaria** y puede revocar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin que por ello se altere la relación con el paciente ni se produzca perjuicio en los cuidados recibidos. En caso de retirar el consentimiento para participar en el estudio ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

2.- FUNDAMENTO:

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es una experiencia estresante tanto para el paciente como para los familiares que le acompañan. Queremos mejorar la experiencia de todos los usuarios que reciben nuestros cuidados, y para ello, debemos conocer tanto su nivel de ansiedad como su satisfacción con los cuidados recibidos, no sólo hacia el paciente, sino también al familiar que le acompaña.

¿Qué queremos conseguir con el estudio?

Con este estudio queremos conocer cómo influye el ingreso programado en la UCI tanto en los pacientes como en los familiares en su nivel de estrés, y su satisfacción con nuestro servicio a corto y medio plazo.

¿Cómo vamos a realizar el estudio?

A través del uso de 4 cuestionarios antes del ingreso en UCI, tras la operación y en el domicilio conoceremos su visión sobre nuestra atención y su nivel de ansiedad a lo largo de todo el proceso que supone una intervención que precisa el ingreso en UCI. Esto se realizará en dos grupos que se unirán los participantes de forma aleatoria.

¿Qué supone la realización del estudio para el paciente?

La realización de este estudio tanto para el paciente como para la familia consistirá en la realización de una pequeña entrevista con un profesional sanitario ajeno a la atención del paciente en la que se administrarán varios cuestionarios para valorar el nivel de ansiedad con una duración de unos 10 minutos aproximadamente. A los 3 días del alta de la UCI (normalmente en la planta de hospitalización), se volverán a rellenar estos cuestionarios sobre ansiedad

y satisfacción con su paso por el servicio de UCI. Por último, cuando el paciente se encuentre en el domicilio a los 90 días del alta de nuestro servicio, se volverá a valorar tanto al paciente como a la familia por medio de una entrevista, y si no fuera posible, se contactará por vía telefónica o por correo ordinario, tanto con el paciente como con el familiar que realice el estudio para volver a contestar a nuestros cuestionarios. Los datos aportados tanto como por el paciente como por el familiar serán recogidos por una persona ajena al equipo que atenderá al paciente durante su estancia en la UCI.

¿Qué beneficios supone la realización del estudio para el paciente?

Con la participación en el estudio esperamos conseguir modificar los niveles de ansiedad de los usuarios de nuestro servicio y conocer mejor sus necesidades en su paso por la UCI. En ningún caso el tratamiento médico se modificará por la participación en el estudio o la asignación a uno de los grupos.

¿La realización del estudio conlleva algún riesgo?

No. Para llevar a cabo nuestro estudio sólo utilizaremos datos que nos facilite el paciente. Esto se recogerá gracias a la entrevista y a los cuestionarios que utilizaremos, sin necesidad de realizar ninguna prueba física, ni modificando el tratamiento o los cuidados que el paciente recibirá durante todo el proceso.

3.- CONFIDENCIALIDAD:

Todos los datos recogidos para el estudio, procedentes de la Historia Clínica o facilitados por usted mismo, serán **tratados con las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal**. Debe saber que tiene derecho de acceso, rectificación y cancelación de los mismos en cualquier momento. Si además

se transmiten datos a terceros se hará según lo establecido en la mencionada Normativa y el real Decreto 994/99.

Sólo aquellos datos de la Historia Clínica que estén relacionados con el estudio serán objeto de comprobación. Esta comprobación se hará por el Investigador Principal y los Investigadores Colaboradores del estudio, responsables de garantizar la confidencialidad de todos los datos de las historias pertenecientes a los sujetos participantes en el estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de forma que sea imposible su reconocimiento por terceras personas, y sólo el Investigador Principal y los Colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y su Historia Clínica.



AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Yo (nombre y apellidos).....

He leído la hoja de información que se me ha entregado ☐

He podido hacer preguntas sobre el estudio ☐

He recibido suficiente información sobre el estudio ☐

He hablado con: (nombre del investigador) ☐

Comprendo que mi participación es voluntaria ☐

Comprendo que puedo retirarme del estudio ☐

1.- Cuando quiera

2.- Sin tener que dar explicaciones

3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

4.- Sin que esto repercuta en los cuidados médicos de mi familiar

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio ☐

El investigador me ha dado una copia firmada del consentimiento informado ☐

Nombre y firma del voluntario

Firma del investigador

Dirección de correo ordinario:

Teléfono:



ANEXO 4. TEST UTILIZADOS

Anexo 4.1. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le atiende a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o “nervioso”

- ☐ Todos los días
- ☐ Muchas veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- ☐ Como siempre
- ☐ No lo bastante
- ☐ Sólo un poco
- ☐ Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- ☐ Definitivamente, y es muy fuerte
- ☐ Sí, pero no es muy fuerte
- ☐ Un poco, pero no me preocupa
- ☐ Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- O Al igual que siempre lo hice
- O No tanto ahora
- O Casi nunca
- O Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- O La mayoría de las veces
- O Con bastante frecuencia
- O A veces, aunque no muy a menudo
- O Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- O Nunca
- O No muy a menudo
- O A veces
- O Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- O Siempre
- O Por lo general
- O No muy a menudo
- O Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- O Por lo general, en todo momento
- O Muy a menudo
- O A veces
- O Nunca



9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

- ☐ Nunca
- ☐ En ciertas ocasiones
- ☐ Con bastante frecuencia
- ☐ Muy a menudo

10. He perdido interés por mi aspecto personal

- ☐ Totalmente
- ☐ No me preocupo tanto como debiera
- ☐ Podría tener un poco más de cuidado
- ☐ Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- ☐ Mucho
- ☐ Bastante
- ☐ No mucho
- ☐ Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro

- ☐ Igual que siempre
- ☐ Menos de lo que acostumbraba
- ☐ Mucho menos de lo que acostumbraba
- ☐ Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Bastante a menudo
- ☐ No muy a menudo
- ☐ Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

O A menudo

O A veces

O No muy a menudo

O Rara vez

Muchas gracias por su tiempo y colaboración



Anexo 4.2. Escala revisada del impacto estresor (IES-R)**ESCALA REVISADA DEL IMPACTO ESTRESOR (IES-R)**

INSTRUCCIONES: *A continuación se muestra una lista de las dificultades que las personas tienen a veces después de vivir acontecimientos estresantes. Por favor, lea cada artículo, y luego indique lo estresante que cada situación ha resultado para usted en los últimos siete días con respecto a ocurrido el*

¿Cuán angustiado o molesto se ha sentido por estas dificultades?

1. Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes.

O Nunca
O Rara vez
O A veces
O A menudo

2. Tenía problemas para permanecer dormido.

O Nunca
O Rara vez
O A veces
O A menudo

3. Otras cosas me hacían pensar en el suceso.

O Nunca
O Rara vez
O A veces
O A menudo

4. Me sentía irritable y enojado.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo
5. Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo
6. Pensaba en ello aun cuando no quería.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo
7. Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo
8. Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo



9. Imágenes del suceso asaltaban mi mente.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo
10. Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo
11. Intentaba no pensar en el suceso.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo
12. Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver pero no me enfrentaba a ellos.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo
13. Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos.
- ☐ Nunca
 - ☐ Rara vez
 - ☐ A veces
 - ☐ A menudo

14. Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el suceso.

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ A veces

☐ A menudo

15. Tenía problemas para conciliar el sueño.

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ A veces

☐ A menudo

16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ A veces

☐ A menudo

17. Intentaba apartarlo de mi memoria.

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ A veces

☐ A menudo

18. Tenía problemas de concentración.

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ A veces

☐ A menudo



19. Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones físicas tales como sudoración, problemas para respirar, náuseas o latidos cardíacos.

O Nunca

O Rara vez

O A veces

O A menudo

20. Soñaba con lo sucedido.

O Nunca

O Rara vez

O A veces

O A menudo

21. Me sentía vigilante y en guardia.

O Nunca

O Rara vez

O A veces

O A menudo

22. Intentaba no hablar de ello.

O Nunca

O Rara vez

O A veces

O A menudo



Anexo 4.3. Cuestionario de necesidades de los familiares de pacientes (CCFNI)

Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes (CCFNI)

Su familiar fue atendido por nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Nos gustaría conocer su opinión sobre el trato recibido por los profesionales involucrados en el cuidado de su familiar en general. Agradecemos el tiempo que tome para compartir su opinión con nosotros. Todas las respuestas son confidenciales, por lo que ni el personal médico ni el de enfermería que cuidó de su familiar podrá identificar sus respuestas.

Por favor, marque la opción que refleje mejor su punto de vista.

1.- ¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?

- ☐ Casi todas las veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Sólo algunas veces
- ☐ Nunca

2.- ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?

- ☐ Casi todas las veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Sólo algunas veces
- ☐ Nunca

3.- ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?

- ☐ O Casi todas las veces
- ☐ O La mayoría de las veces
- ☐ O Sólo algunas veces
- ☐ O Nunca

4.- ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?

- ☐ O Casi todas las veces
- ☐ O La mayoría de las veces
- ☐ O Sólo algunas veces
- ☐ O Nunca

5.- ¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas (pruebas, técnicas)?

- ☐ O Casi todas las veces
- ☐ O La mayoría de las veces
- ☐ O Sólo algunas veces
- ☐ O Nunca

6.- ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?

- ☐ O Casi todas las veces
- ☐ O La mayoría de las veces
- ☐ O Sólo algunas veces
- ☐ O Nunca



7.- ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?

- ☐ O Casi todas las veces
- ☐ O La mayoría de las veces
- ☐ O Sólo algunas veces
- ☐ O Nunca

8.- ¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?

- ☐ O Casi todas las veces
- ☐ O La mayoría de las veces
- ☐ O Sólo algunas veces
- ☐ O Nunca

9.- Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente

- ☐ O Casi todas las veces
- ☐ O La mayoría de las veces
- ☐ O Sólo algunas veces
- ☐ O Nunca

10.- ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?

- ☐ O Casi todas las veces
- ☐ O La mayoría de las veces
- ☐ O Sólo algunas veces
- ☐ O Nunca

11.- ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?

- ☐ O Casi todas las veces
- ☐ O La mayoría de las veces
- ☐ O Sólo algunas veces
- ☐ O Nunca



Anexo 4.4. Satisfacción familiar con el cuidado en la unidad de cuidados intensivos (SF-UCI 36)

Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos (SF-UCI 36)

¿Cómo lo estamos haciendo? Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Su familiar fue un paciente en esta UCI. Usted está registrado como el pariente más cercano o cuidador principal. Las siguientes preguntas dirigidas a **USTED** tratan sobre el **más reciente ingreso de su familiar en la UCI**. Entendemos que probablemente había muchos médicos, enfermeras y otros miembros del equipo involucrados en el cuidado de su familiar. Sabemos que pueden existir excepciones, pero a nosotros nos interesa **su valoración en general** de la calidad del cuidado administrado. Entendemos que fue probablemente un momento muy difícil para usted y los miembros de su familia. Agradecemos el tiempo que tome para ofrecernos su opinión. Por favor dedique un momento para contarnos qué hicimos bien y qué podemos hacer para que nuestra UCI mejore. Por favor esté seguro de que todas las respuestas son confidenciales. El personal médico y de enfermería que cuidó de su familiar no podrá identificar sus respuestas.

DATOS DEMOGRAFICOS:

Por favor, complete la siguiente sección para ayudarnos a conocer un poco sobre su relación con el paciente.

1. Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

2. Edad: tengo años

3. Soy su :

☐ Esposa ☐ Esposo ☐ Pareja

☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermana

☐ Hija ☐ Hijo ☐ Hermano

☐ Otro (Por favor especifique):

4. Antes de este reciente ingreso, ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)? ☐ Si ☐

5. ¿Vive usted con el paciente? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es **No**, ¿Con que frecuencia ve usted al paciente?

☐ Más de una vez por semana ☐ Una vez a la semana

☐ Una vez al mes ☐ Una vez al año ☐ Menos de una vez al año

6. ¿Dónde vive usted? ☐ En la ciudad donde está el hospital ☐ Fuera de la ciudad

PARTE 1: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

Por favor marque la opción que refleje mejor su punto de vista.

Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar marque la opción “no apli-



cable” (N/A).

¿COMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?

- 1. Preocupación y cuidado del personal de UCI:** Cortesía, respeto y solidaridad recibida por su familiar.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

Manejo de los síntomas: Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de UCI.

- 2. Dolor**

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

- 3. Disnea** (Falta de aliento)

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

- 4. Agitación**

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

- 5. Consideración de sus necesidades:** Como fue el interés mostrado por sus necesi-

dades por el personal de UCI.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

6. Apoyo emocional: Como fue el apoyo emocional provisto por el personal de UCI.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

7. Coordinación del cuidado: Trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

8. Preocupación y cuidado del personal de UCI: Cortesía, respeto y compasión recibida por usted.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

PERSONAL DE ENFERMERÍA.

9. Habilidad y Competencia de las enfermeras de UCI: Como cuidaron las enfermeras de su familiar.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable
-----------	----------	------	----------------	--------------

10. Frecuencia en la comunicación: Cada cuanto habla con la enfermera sobre el estado de su familiar.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

PERSONAL MÉDICO.

11. Habilidad y Competencia de los médicos de UCI: Como atendieron a su familiar.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

12. El ambiente en la UCI era:

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

LA SALA DE ESPERA.

13. El ambiente en la sala de espera era:

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

- 14. Algunas personas quieren todo hecho para sus problemas de salud mientras que otras no quieren que mucho sea hecho. ¿Cuál es su satisfacción de acuerdo a el nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI?**

1	2	3	4	5
Nada	Ligeramente	Principalmente	Muy	Completamente
Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho

PARTE 2: SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS.

INSTRUCCIONES PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI

Esta parte del cuestionario está diseñado para medir cómo se siente **USTED** respecto a su implicación en las decisiones relacionadas con el cuidado de su familiar. En la Unidad de Cuidados Intensivos, su familiar puede haber recibido cuidados de diferentes personas. Nos gustaría que cuando conteste estas preguntas, piense en el cuidado en conjunto recibido por su familiar. Gracias.

POR FAVOR ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS

NECESIDAD DE INFORMACIÓN

- 1. Frecuencia en la comunicación con los Médicos de UCI:** Cada cuanto habló el médico con usted sobre el estado de su familiar.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable



- 2. Facilidad para conseguir información:** Voluntad del personal de UCI para contestar sus preguntas.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

- 3. Comprensión de la Información:** Explicaciones comprensibles provistas por el personal de UCI.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

- 4. Información Honesta:** Honestidad de la información provista sobre el estado de su familiar.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

- 5. Exhaustividad de la Información:** Como fue la información del personal de UCI sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando.

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

- 6. Consistencia de la Información:** Consistencia de la Información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida por médicos, enfermeras, etc?

1	2	3	4	5
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente Mal	No aplicable

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Durante la estancia de su familiar en la UCI, decisiones importantes fueron tomadas respecto a los cuidados que él o ella recibió. Por favor, en las siguientes preguntas, elija la respuesta que mejor refleje su punto de vista.

7. ¿Se sintió Usted excluido en el proceso de toma de decisiones?

- 1 Me sentí muy excluido/a.
- 2 Me sentí algo excluido/a.
- 3 No me sentí excluido/a ni incluido/a en el proceso de toma de decisiones.
- 4 Me sentí algo incluido/a.
- 5 Me sentí muy incluido/a.

8. ¿Se sintió Usted apoyado en el proceso de toma de decisiones?

- 1 Me sentí totalmente abrumado/a.
- 2 Me sentí algo abrumado/a.
- 3 No me sentí abrumado/a ni apoyado/a.
- 4 Me sentí apoyado.
- 5 Me sentí muy apoyado.

9. ¿Sintió Usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar?

- 1 Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.



2 Me sentí algo apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.

3 No me sentí apartado/a y tampoco sentí tener el control.

4 Sentí que tenía algo de control sobre el cuidado que mi familiar recibió.

5 Sentí que tenía buen control sobre el cuidado que mi familiar recibió

10. Cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo Usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?

1 Podría haber dedicado más tiempo.

2 Tuve el tiempo adecuado.

Si su familiar falleció durante su estancia en la UCI, por favor rellene las siguientes preguntas (de 11 a 13). Si su familiar no falleció, por favor pase a la pregunta 14.

11. De las siguientes opciones, cual refleja mejor su punto de vista:

1 Siento que la vida de mi familiar fue prolongada innecesariamente.

2 Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente prolongada innecesariamente.

3 Siento que la vida de mi familiar no fue ni alargada ni acortada innecesariamente.

4 Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente acortada innecesariamente.

5 Siento que la vida de mi familiar fue acortada innecesariamente.

12. Durante las últimas horas de vida de su familiar, cuál de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista:

- 1 Sentí que él/ella estaba sufriendo mucho.
- 2 Sentí que él/ella estaba sufriendo algo.
- 3 Sentí que él/ella estaba principalmente tranquilo/confortable.
- 4 Sentí que él/ella estaba muy tranquilo/confortable.
- 5 Sentí que él/ella estaba totalmente tranquilo/confortable.

13. Durante las horas previas a la muerte de su familiar, cuál de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista:

- 1 Me sentí muy abandonado/a por el equipo sanitario.
- 2 Me sentí abandonado/a por el equipo sanitario.
- 3 No me sentí ni abandonado/a ni apoyada por el equipo sanitario.
- 4 Me sentí apoyado/a por el equipo sanitario.
- 5 Me sentí muy apoyado/a por el equipo sanitario.

14. ¿Tiene alguna/s sugerencia/s sobre cómo mejorar el cuidado recibido en la UCI?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



15. ¿Le gustaría comentar algo de lo que hicimos bien?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Por favor, añada aquí comentarios o sugerencias que Usted sienta útiles para el personal de este hospital.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nos gustaría darle nuestro agradecimiento por su participación y sus opiniones.

Por favor entregue la encuesta completada a la persona designada en la UCI, o bien haga uso del sobre provisto y envíelo, a la dirección que aparece en él, por correo con la mayor brevedad posible. Muchas gracias.

ANEXO 5. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL



En el inicio de la intervención, la enfermera que realice la visita se presentará con su nombre y su función. Después, conducirá a los sujetos a la sala de información de los familiares.

LA UNIDAD

La Unidad de cuidados intensivos se encuentra en la 6º planta del hospital. Cuenta con dos áreas, con 11 camas cada una. En el lado izquierdo se encuentran los pacientes neurológicos y en el lado derecho los pacientes cardíacos mayoritariamente. En el pasillo entre ambas áreas, se encuentran los almacenes, los despachos del jefe de servicio y del supervisor de enfermería, la secretaría, la sala de reuniones y la sala de descanso del personal.

En el centro del área se encuentra el lugar de trabajo del personal de enfermería, en las que se encuentran durante las horas de visitas y que cuenta con una pantalla central en el que ven todos los monitores de los pacientes.

¿POR QUÉ INGRESO?

El paciente ingresará en la UCI para realizar una vigilancia y cuidados continuos tras someterse a una cirugía cardíaca electiva programada, por la que necesitará una vigilancia constante y un tratamiento específico, sobre todo en los primeros momentos.

PERSONAL

El personal que compone el servicio son 2 jefes de sección, 9 facultativos especialistas, 9 residentes de medicina, 48 enfermeras y 26 auxiliares de enfermería.

En cuanto a las funciones de cada uno:

- Médico/a: identificados con el color amarillo. Todos ellos son profesionales especializados en medicina intensiva. Cada profesional tiene a 2 pacientes asig-

nados y se encuentran habitualmente por las mañanas, y deciden el tratamiento para el paciente. El resto del día se encuentran facultativos de guardia durante turnos de 24 horas, atendiendo a unos 5 pacientes cada uno, encargados de controlar la evolución del paciente y atender las eventualidades que se produzcan. Son los encargados de dar la información sobre la evolución del paciente.

- Enfermero/a: identificados con el color azul. Trabajan en turnos rotatorios de mañana, tarde o noche. Cada profesional atiende a 2-2,5 pacientes asignados. Son los encargados de la vigilancia estrecha del paciente, la administración del tratamiento prescrito por el médico y otras actividades relacionadas con el cuidado del paciente.
- Auxiliar de enfermería: identificados con el color verde. Trabajan en turnos rotatorios de mañana, tarde o noche. Cada profesional atiende a 5 pacientes asignados. Son los encargados de ayudar a la enfermera en las distintas tareas que necesite el paciente.
- Celador/a: Identificados con el color rojo. Trabajan en turnos rotatorios de mañana, tarde o noche. Cada profesional atiende un área. Son los encargados de las movilizaciones de los pacientes.
- Personal de limpieza: identificados con una camisa azul. Son los encargados de mantener las condiciones de limpieza en nuestro servicio.

Además de estos profesionales habituales en nuestro servicio, pueden acudir otros profesionales como son médicos de otras especialidades (como cardiólogos, oftalmólogos), fisioterapeutas, sacerdotes, etc.

INFORMACIÓN

El día de la intervención, el médico de cuidados intensivos saldrá a informar a los familiares tras recibir al paciente en la unidad.

En cuanto a la información sobre la evolución de sus familiares:

- Los días laborables se informa de forma personal en la UCI a las 11:00h. Se avisará a cada familia de una en una para poder ser informados por su médico. En caso de que no pueda acudir, se dará información telefónica sólo a una persona de 10:30h a 12:00h en el teléfono 91 520 22 91.
- Los sábados, domingos y festivos, la información se da exclusivamente en el horario de visita de la tarde (a las 18:00h).

VISITAS

Tras la información del médico tras la llegada a la UCI, una persona del equipo de enfermería les avisará para que puedan ver al paciente durante unos 10 minutos aproximadamente.

Pueden estar junto al paciente durante todo el horario de visita, aunque en alguna ocasión los profesionales que trabajan en el servicio puedan pedirles que salgan de la habitación para realizar algún cuidado o prueba. Cuando acaben, les avisarán para que puedan continuar con la visita.

En nuestro servicio las visitas se realizan en dos turnos.

En los días laborables:

- Por la mañana tras la información a las 11:00h podrán pasar dos personas a ver al paciente durante unos 10 minutos aproximadamente.
- Por las tardes el horario es de 18:00h a 19:00h. Pueden pasar dos personas, que se pueden intercambiar por otras dos.

Los sábados, domingos y festivos:

- Por la mañana el horario es de 11:30h a 12:00h.
- Por la tarde, tras la información a las 18:00h.

No se aconseja la entrada de menores de 14 años, salvo casos excepcionales.

En caso de que alguno de los familiares presente alguna enfermedad contagiosa, debe ponerlo en conocimiento del personal de enfermería para poner medidas protectoras o de aislamiento si fuera necesario.

No es necesario que permanezcan en el hospital tras los horarios de visita, ya que en caso de necesidad, el médico se pondría en contacto con ellos por vía telefónica.

RUTINAS

Como mínimo, el médico realizará una evaluación del paciente por turno (mañana, tarde y noche). Todas las mañanas se reúnen el equipo médico y la enfermera encargada del paciente ese día y analizan la evolución del paciente y su tratamiento.

Cada hora como poco, la enfermera realizará la evaluación del paciente durante todo el día.

El aseo se realizará todas las mañanas por una enfermera, una auxiliar de enfermería y una celadora.

Mínimo una vez al turno, se movilizará al paciente para evitar complicaciones por el encamamiento (siempre que la condición del paciente lo permita), ya sea en la propia cama o sentándole a un sillón.

ESTANCIA EN LA UCI

ANEXO 6. HOJA INFORMATIVA AL INGRESO EN UCI

 **Hospital Universitario
de La Princesa**
SaludMadrid
SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

 **Comunidad de Madrid**

Su familiar queda ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Nuestro objetivo es conseguir que sea dado de alta por curación o mejoría lo antes posible. Mientras tanto, y debido a las características de esta Unidad, no es posible que Vds. permanezcan a su lado más que un corto período al día. Para facilitar nuestra labor les rogamos que observen las siguientes normas:

INFORMACIÓN:

Les daremos información diariamente de acuerdo con el siguiente horario:

DÍAS LABORABLES: Pueden optar por UNA de las dos alternativas siguientes:

1.- **Información telefónica:** Llamando al teléfono 91-520-22-91 de 10:30 a 12:00 de la mañana. Es importante para evitar interrupciones en el trabajo, que LLAME SÓLO UNA PERSONA que después transmita la información al resto de los familiares.

2.- **Información personal:** Acudiendo a la UCI a las 11:00 horas. Rogamos que a su llegada contacten con la Secretaria del Servicio para que ella se lo comunique al médico que atiende a su familiar.

SÁBADOS Y DOMINGOS Y FESTIVOS: La información se da EXCLUSIVAMENTE a la hora de la visita (18:00h). Cualquier modificación importante de la evolución del paciente será comunicada por teléfono por el médico a los familiares a cualquier hora que ello ocurra.

VISITA:

La hora de visita es de 18:00 a 19:00 horas. En este tiempo pueden pasar dos personas por paciente, que se pueden intercambiar por otras dos en la segunda media hora.

Los días laborables, después de recibir la información, a las 11:00 h, pueden pasar dos personas a ver al paciente durante 10 minutos.

Los sábados, domingos y festivos por la mañana también se puede visitar al paciente de 11:30 a 12:00 h, aunque la información se dará en la visita de la tarde.

Les agradeceríamos que nos suministraran, en cuanto sea posible, un neceser con todo lo necesario para el aseo personal del paciente: cepillo de dientes, pasta dentífrica, colonia, peine, etc.

MUY IMPORTANTE: SI SU FAMILIAR HA INGRESADO POR URGENCIAS DEBE VD. PASAR LO ANTES POSIBLE POR EL SERVICIO DE ADMISIÓN EN LA PLANTA BAJA PARA FORMALIZAR EL INGRESO.

Muchas gracias por su colaboración.

SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Calle Diego de León, nº 62
28006 Madrid
Tel.: 91520.22.00
Fax: 91402.11.69

HOSPITAL SIN HUMO

